

TESIS DOCTORAL

**VIOLENCIA EN LA PAREJA HACIA
MUJERES CON TRASTORNO MENTAL
GRAVE**

Departamento de Especialidades Médicas



2011

Tesis realizada por:
Juan Carlos González Cases

Director:
Dr. Alberto Fernández Liria
Directora:
Dra. Cristina Polo Usaola

Agradecimientos

Es frecuente leer en agradecimientos frases como “...*este trabajo no podría haber sido realizado sin...*” y a continuación una relación de personas acompañadas de cariñosas frases de reconocimiento. A veces suena a frase hecha pero en este trabajo puedo dar fe que habría sido realmente imposible de realizar sin los compañeros y compañeras del grupo de violencia de género de la sección de derechos humanos de la A.E.N.-Asociación Española de Neuropsiquiatría. No puedo menos que apuntar aquí sus nombres y reconocer públicamente mi gratitud: Paco González, Marisa López, Marga Rullas y Cristina Polo. ¡Gracias!

Tampoco un servidor se hubiese embarcado en esta aventura sin la maravillosa insistencia y pesadez de Alberto Fernández Liria para que realizase la tesis.

De Alberto y Cristina, que han dirigido este trabajo, decir que ha sido un honor y un privilegio haber estado bajo su batuta. No sólo por su saber mayúsculo sino también por la paciencia y entusiasmo que me han mostrado. Todo lo aprendido bajo su dirección es la mayor aportación personal que me llevo.

Por supuesto también es de justicia agradecer a todas las mujeres que han participado en el estudio por su generosa disposición para relatar hechos muchas veces dolorosos para ellas. Este agradecimiento también lo hago extensivo a los profesionales de la red de salud mental que han colaborado en la investigación.

Por último agradecer y pedir disculpas a amigos, amigas y familia por el tiempo que les he robado.

Con todas y todos estoy en deuda.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Índice de tablas.....	vi
Índice de ilustraciones	viii
Índice de gráficas	viii
1 JUSTIFICACIÓN	1
2 INTRODUCCIÓN	7
2.1 Desarrollo normativo	7
2.2 Conceptos y definiciones	19
2.2.1 Conceptos y definiciones “violencia de pareja”.....	19
2.2.2 Concepto y definiciones del “trastorno mental grave”	25
2.2.3 El maltrato en la relación de pareja	33
2.2.3.1 Causas	33
2.2.3.2 El proceso del maltrato	34
2.2.3.3 Las consecuencias del maltrato sobre la salud	36
3 REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS SOBRE LA VIOLENCIA DE PAREJA.....	39
3.1 Introducción.....	39
3.2 Datos sobre violencia contra la mujer en población general	42
3.2.1 Datos en población general procedentes de encuestas poblacionales ..	42
3.2.2 Datos de violencia contra la mujer procedentes de servicios y recursos	55
3.2.3 Datos de violencia contra la mujer procedentes de Instituciones y Organismos	63
3.3 Datos sobre violencia contra la mujer con trastorno mental grave	68
4 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN MUJERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	103

4.1	Justificación, objetivos e hipótesis.....	103
4.2	Material y método.....	107
4.2.1	Diseño del estudio	107
4.2.2	Aspectos éticos.....	107
4.2.3	Muestra.....	109
4.2.4	Dominios e instrumentos de evaluación	110
4.2.5	Procedimiento.....	121
4.2.6	Análisis estadístico de los datos e interpretación de los resultados	122
4.3	RESULTADOS.....	124
4.3.1	Descripción de la muestra global.....	126
4.3.2	Violencia de pareja sufrida en el ÚLTIMO AÑO por mujeres con trastorno mental grave: prevalencia, características y relaciones	135
4.3.2.1	Prevalencia violencia pareja último año	135
4.3.2.2	Tipo de violencia.....	136
4.3.2.3	Tipo de agresor	138
4.3.2.4	Gravedad del maltrato	139
4.3.2.5	Autocalificación de la mujer maltratada.	139
4.3.2.6	Actuaciones de la mujer ante el maltrato.....	140
4.3.2.7	Detección de los profesionales.....	141
4.3.2.8	Curso y gravedad de la enfermedad	142
4.3.2.9	Relación entre caso de violencia y apoyo social	144
4.3.2.10	Relación violencia y abuso físico en la infancia.....	147
4.3.2.11	Relación violencia y abuso sexual infancia	148
4.3.2.12	Relación violencia y variables sociodemográficas.....	149
4.3.2.13	Relación violencia y variables clínicas.....	151
4.3.3	Violencia de pareja sufrida <u>A LO LARGO DE LA VIDA</u> por mujeres con trastorno mental grave: prevalencia, características y relaciones.	153
4.3.3.1	Prevalencia violencia pareja a lo largo de la vida	153
4.3.3.2	Tipo de violencia.....	154
4.3.3.3	Tipo de agresor	156
4.3.3.4	Gravedad del maltrato	157
4.3.3.5	Autocalificación de la mujer maltratada.	157

4.3.3.6	Actuaciones de la mujer ante el maltrato.....	158
4.3.3.7	Detección de los profesionales.....	161
4.3.3.8	Curso y gravedad de la enfermedad	163
4.3.3.9	Relación entre caso de violencia y apoyo social	166
4.3.3.10	Relación violencia y abuso físico en la infancia.....	169
4.3.3.11	Relación violencia y abuso sexual infancia	169
4.3.3.12	Relación violencia y variables sociodemográficas.....	169
4.3.3.13	Relación violencia y variables clínicas.....	171
4.4	DISCUSIÓN	173
4.4.1	Discusión de los resultados de la investigación.....	173
4.4.1.1	Prevalencia y características de la violencia de pareja en mujeres con trastorno mental grave	173
4.4.1.2	Autocalificación de la mujer como maltratada.	182
4.4.1.3	Acciones de la mujer con trastorno mental grave ante la situación de maltrato por parte de la pareja y/o ex pareja	182
4.4.1.4	Detección del maltrato por parte de los profesionales de salud mental	184
4.4.1.5	Duración del trastorno psiquiátrico y violencia por parte de la pareja.....	186
4.4.1.6	Gravedad del trastorno psiquiátrico y violencia por parte de la pareja.....	187
4.4.1.7	Maltrato y apoyo social.....	189
4.4.1.8	Violencia física y sexual en la infancia y maltrato.....	191
4.4.2	Limitaciones del estudio	192
4.4.3	Aportaciones de la investigación.	193
4.4.4	Implicaciones para la clínica	196
5	CONCLUSIONES	199
6	RESUMEN	203
7	BIBLIOGRAFÍA	207
8	ANEXO.....	237

Índice de tablas

TABLA 1. PREVALENCIA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN EL PERIODO DE 12 MESES.....	45
TABLA 2. RESUMEN DATOS DE PREVALENCIA EN ENCUESTAS POBLACIONALES EN EUROPA	46
TABLA 3. RESULTADOS MALTRATO CONTRA LA MUJER MACROENCUESTAS INSTITUTO DE LA MUJER.....	50
TABLA 4. SELECCIÓN DE ESTUDIOS INTERNACIONALES DE PREVALENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES REALIZADOS EN SERVICIOS DE SALUD GENERALES.....	60
TABLA 5. MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA.....	65
TABLA 6. MUJERES ASESINADAS POR SU PAREJA O EX PAREJA EN ESPAÑA.....	65
TABLA 7. DENUNCIAS POR VIOLENCIA DE GÉNERO.....	66
TABLA 8. SELECCIÓN ESTUDIOS VIOLENCIA DE PAREJA HACIA MUJERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	101
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE ENTREVISTAS POR CENTRO	110
TABLA 10. DOMINIOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	111
TABLA 11. PREGUNTAS SOBRE AGRESIONES PSICOLÓGICAS DEL CUESTIONARIO DE VIOLENCIA DE PAREJA	116
TABLA 12. PREGUNTAS SOBRE AGRESIONES SEXUALES DEL CUESTIONARIO DE VIOLENCIA DE PAREJA	117
TABLA 13. PREGUNTAS SOBRE AGRESIONES FÍSICAS DEL CUESTIONARIO DE VIOLENCIA DE PAREJA	118
TABLA 14. ÍTEMS CUESTIONARIO APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE- UNC.....	120
TABLA 15. PORCENTAJES DE RESPUESTAS AL CUESTIONARIO DE VIOLENCIA. ÚLTIMO AÑO.....	137
TABLA 16. TIPO DE VIOLENCIA SEGÚN TIPO DE AGRESOR. ÚLTIMO AÑO.....	138

TABLA 17. GRAVEDAD MALTRATO. ÚLTIMO AÑO	139
TABLA 18. TABLA CONTINGENCIA ESTABLE PSIQUIÁTRICAMENTE ÚLTIMOS 6 MESES Y VIOLENCIA. ÚLTIMO AÑO	144
TABLA 19. TABLA DE CONTINGENCIA APOYO SOCIAL Y VIOLENCIA. ÚLTIMO AÑO	146
TABLA 20. TABLA DE CONTINGENCIA ABUSO FÍSICO INFANCIA Y VIOLENCIA. ÚLTIMO AÑO	147
TABLA 21. RELACIÓN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y VIOLENCIA ÚLTIMO AÑO.	150
TABLA 22. RELACIÓN VARIABLES CLÍNICAS Y VIOLENCIA ÚLTIMO AÑO	152
TABLA 23. PORCENTAJES DE RESPUESTAS AL CUESTIONARIO DE VIOLENCIA. VIDA.	155
TABLA 24. TIPO DE VIOLENCIA SEGÚN TIPO DE AGRESOR. VIDA.....	156
TABLA 25. GRAVEDAD MALTRATO. VIDA	157
TABLA 26. PUNTUACIONES EEFG Y TIPO DE VIOLENCIA. VIDA.	164
TABLA 27. TABLA CONTINGENCIA ESTABLE PSIQUIÁTRICAMENTE ÚLTIMOS 6 MESES Y VIOLENCIA. VIDA	165
TABLA 28. TABLA DE CONTINGENCIA APOYO SOCIAL Y VIOLENCIA. VIDA	168
TABLA 29. RELACIÓN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y VIOLENCIA VIDA	171
TABLA 30. RELACIÓN VARIABLES CLÍNICAS Y VIOLENCIA VIDA.....	172

Índice de ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1. COMPORTAMIENTOS EVALUADOS EN LA III MACROENCUESTA SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	48
--	----

Índice de gráficas

GRÁFICA 1. TRAMOS DE EDAD DE LA MUESTRA.....	127
GRÁFICA 2. DIAGNÓSTICOS DE LA MUESTRA.	132
GRÁFICA 3. TRAMOS DE EDAD INICIO DE LA ENFERMEDAD DE LA MUESTRA.....	134
GRÁFICA 4. PREVALENCIA VIOLENCIA ÚLTIMO AÑO	135
GRÁFICA 5. TIPO DE VIOLENCIA ÚLTIMO AÑO	136
GRÁFICA 6. TIPO DE AGRESOR. ÚLTIMO AÑO	138
GRÁFICA 7. AUTOCALIFICACIÓN COMO MUJER MALTRATADA. ÚLTIMO AÑO.....	140
GRÁFICA 8. MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIONES QUE TOMARON ALGUNA MEDIDA ANTE EL MALTRATO. ÚLTIMO AÑO.....	140
GRÁFICA 9. TIPO DE VIOLENCIA DETECTADA POR EL PROFESIONAL. ÚLTIMO AÑO	142
GRÁFICA 10. ESTABILIDAD PSIQUIÁTRICA ÚLTIMOS 6 MESES Y VIOLENCIA ÚLTIMO AÑO	144
GRÁFICA 11. RELACIÓN APOYO SOCIAL Y VIOLENCIA PAREJA. ÚLTIMO AÑO.....	145
GRÁFICA 12. RELACIÓN APOYO SOCIAL Y TIPO DE VIOLENCIA. ÚLTIMO AÑO.....	145
GRÁFICA 13. APOYO SOCIAL BAJO – NORMAL Y VIOLENCIA. ÚLTIMO AÑO.....	147
GRÁFICA 14. RELACIÓN ENTRE ABUSO FÍSICO EN LA INFANCIA Y VIOLENCIA DE PAREJA. ÚLTIMO AÑO.....	148
GRÁFICA 15. PREVALENCIA VIOLENCIA A LO LARGO DE LA VIDA.	153

GRÁFICA 16. TIPO DE VIOLENCIA A LO LARGO DE LA VIDA	154
GRÁFICA 17. TIPO DE AGRESOR. VIDA.	156
GRÁFICA 18. AUTOCALIFICACIÓN COMO MUJER MALTRATADA. VIDA.....	157
GRÁFICA 19. AUTOCALIFICACIÓN Y CASOS DE VIOLENCIA. VIDA	158
GRÁFICA 20. MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIONES QUE TOMARON ALGUNA MEDIDA ANTE EL MALTRATO. VIDA	159
GRÁFICA 21. RELACIÓN AUTOCALIFICACIÓN MALTRATADA Y ACTUACIÓN ANTE EL MALTRATO.....	159
GRÁFICA 22. RECURSOS UTILIZADOS POR LA MUJER ANTE LA SITUACIÓN DE MALTRATO. VIDA	161
GRÁFICA 23. TIPO DE VIOLENCIA DETECTADA POR EL PROFESIONAL. VIDA	162
GRÁFICA 24. RELACIÓN DETECCIÓN PROFESIONAL Y GRAVEDAD DE LA VIOLENCIA VIDA.....	163
GRÁFICA 25. TIPO DE VIOLENCIA Y GRAVEDAD EEFG. VIDA.....	164
GRÁFICA 26. ESTABILIDAD PSIQUIÁTRICA ÚLTIMOS 6 MESES Y VIOLENCIA VIDA.....	166
GRÁFICA 27. RELACIÓN APOYO SOCIAL Y VIOLENCIA PAREJA. VIDA.....	167
GRÁFICA 28. RELACIÓN APOYO SOCIAL Y TIPO DE VIOLENCIA. VIDA.....	167
GRÁFICA 29. APOYO SOCIAL BAJO - NORMAL Y VIOLENCIA. VIDA	168

1 JUSTIFICACIÓN

La violencia contra la mujer ha sido un fenómeno históricamente presente en prácticamente todas las culturas y partes del mundo. Desde las sociedades que fundan sus principios en la Biblia, donde por ejemplo Eva es situada bajo el dominio de Adán tras la expulsión del Paraíso, hasta en la Grecia clásica donde Aristóteles defendía el sistema familiar dominado por el hombre, la violencia contra la mujer ha estado presente hasta nuestros días (Gil Ambrona, 2008). La tradicional postura dominante del hombre frente a la mujer, basada en un sistema de patriarcado, ha propiciado y consentido una marginación de ésta frente al hombre en prácticamente todos los ámbitos de la vida social, política y privada. Como comenta Alberdi ((Alberdi y Matas, 2002) pág. 37) *“La violencia contra las mujeres tiene su origen en el patriarcado que es una forma de dominio y organización social que han compartido casi todas las sociedades conocidas históricamente y que sólo recientemente empieza a cuestionarse”*.

El patriarcado como sistema de estructuración social se trasmite de generación en generación dentro del ámbito familiar pero no sólo en él. Impregna y se difunde en todas las esferas, estructuras y relaciones de la vida pública y privada colocando a la mujer, por el simple hecho de serlo, en una posición de marginación respecto al hombre en todos los ámbitos sociales: laboral, doméstico, político, educativo, sanitario, etc. Es dentro de este patriarcado familiar, perpetuado a través del matrimonio, donde se produce el maltrato. Se consideraba a la mujer débil física y mentalmente, y al igual que los menores, sujetos a los que hay que tutelar y reprender para que se comporten adecuadamente. En la Edad Media regía el principio de “corrección moral” por lo que un buen marido cristiano estaría obligado a mantener en el “buen camino” a su mujer. Corrección que podría ser ejercida de palabra o de “obra” (Gil Ambrona, 2008). Otros ejemplos más recientes que ilustran esta situación de sometimiento son que hasta 1870 la mujer en Inglaterra no era considerada persona jurídica y por tanto el responsable de sus delitos era el marido. O que hasta 1867 la mujer en Francia no podía manejar dinero (Ganzenmüller, Escudero y Frígola, 1999). La situación de marginación legal de la mujer estuvo

presente en las normas jurídicas en nuestro país hasta épocas muy recientes. De hecho no es hasta la reforma del Código Civil de 1981 cuando la mujer deja de ser considerada como un persona prácticamente incapacitada legalmente y se modifican las prerrogativas por las que el marido era el administrador único de los bienes gananciales, que una mujer casada no podía abrir sola una cuenta corriente, no podía viajar sola al extranjero, estaba obligada a obedecer al marido y a vivir donde éste decidiese, etc. En las relaciones laborales no es hasta 1961 cuando se eliminan las disposiciones por las que la mujer no podía trabajar sin permiso de su marido y éste estaba facultado a cobrar el salario de la mujer (Polo, 2001).

La mujer, atrapada en esta estructura patriarcal desde el nacimiento, es rea incluso de la valoración y aceptación de este modelo familiar, llegando a considerarlo como algo natural. Como señala De Miguel (De Miguel, 2005) *“la ideología patriarcal está tan firmemente interiorizada, sus modos de socialización son tan perfectos que la fuerte coacción estructural en que se desarrolla la vida de las mujeres, violencia incluida, presenta para buena parte de ellas la imagen misma del comportamiento libremente deseado y elegido”*.

La violencia contra la mujer no sería tanto una cuestión biológica, ligada al sexo, como una cuestión social relacionada con el género. En palabras de Maqueda (Maqueda Abreu, 2006) la violencia contra la mujer es *“consecuencia de una situación de discriminación intemporal que tiene su origen en una estructura social de naturaleza patriarcal”*. Roles y estereotipos de género que son transmitidos y reproducidos de generación en generación y que están presentes no sólo en la estructura familiar sino también en muchos otros ámbitos de las relaciones sociales, ciudadanas y estructuras comunitarias. Algunos de estereotipos más representativos serían que la mujer (Ganzenmüller *et al.*, 1999):

- tiene una formación intelectual y profesional insuficiente e inferior al hombre
- está supeditada a la función procreadora
- se limita en sus funciones a la nuclear de asistencia del hombre y de la familia
- es dependiente económicamente del hombre

Este enfoque de la violencia desde la perspectiva del género es asumido por las principales legislaciones nacionales e internacionales. A modo de ejemplo las Naciones Unidas en su “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” (Naciones Unidas, 1993b) y en el documento de la Plataforma de Acción resultante de la “4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer” (Naciones Unidas, 1996) señala que la violencia contra la mujer *“(...) constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre”*. También la Unión Europea en la Resolución parlamentaria sobre “Tolerancia Cero ante la Violencia de Género” (Unión Europea, 1997) recoge esta perspectiva de género en su considerando quinto en los siguientes términos: *“la violencia contra las mujeres está sin duda alguna vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre los sexos en los ámbitos social, económico, religioso y político, pese a las legislaciones nacionales e internacionales en favor de la igualdad”*. Ya en la legislación nacional, en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE número 313 de 29/12/2004, 2004), señala en la exposición de motivos (pág. 42166) que *“la violencia de género no es un problema que afecte al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión”*. Posteriormente en su Artículo 1 (pág. 42168) apunta a la violencia contra la mujer *“como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres”*.

Junto a esta posición de desequilibrio del hombre sobre la mujer, señalada unánimemente como un elemento nuclear en la compleja trama causal de la violencia de pareja, la presencia de una cultura de violencia donde los conflictos se

resuelven habitualmente de forma violenta es presentado como el otro factor que más pesa en la causalidad de este fenómeno (Jewkes, 2002).

Desequilibrio en la relación y violencia constituyen una especie de círculo vicioso donde *“el hecho de que los hombres recurran a la violencia hace que las mujeres se sientan inferiores; y la idea de inferioridad de las mujeres refuerza la posibilidad de recurrir a la violencia contra ellas”* ((Alberdi y Matas, 2002, p. 28).

La tradicional consideración de esta violencia dentro del ámbito privado y más concretamente del hogar familiar, ha sido y es una barrera importante para hacer visible el problema y por tanto redefinirlo como un fenómeno que no sólo afecta a la esfera privada sino que la trasciende y se manifiesta en el ámbito público y social. Sin embargo el papel reservado tradicionalmente a la mujer ha conducido a que desde el punto de vista histórico el fenómeno de la violencia de pareja no haya suscitado ni interés social ni jurídico. A modo de ejemplo el informe del Defensor del Pueblo sobre la violencia doméstica comenta que en la Edad Media *“el problema no se centraba en si la violencia era o no aceptable, sino que lo importante era conocer el grado de violencia que se permitía sobre la mujer”* (Defensor del Pueblo, 1998)pág.10). O estudios más recientes donde se comprueba que *“es más probable que una persona sea asesinada, atacada físicamente, golpeada, abofeteada o azotada en su propio hogar por otro miembro de su familia que en cualquier otro lugar o por cualquier otra persona en nuestra sociedad”* (Gelles y Cornell, 1987) citado por Gracia Fuster, 2002, pág. 25). La familia ha sido y es una de las instituciones sociales con niveles más altos de conflictos y violencia, especialmente hacia los colectivos más vulnerables y por ende hacia las mujeres.

En ámbitos profesionales sociosanitarios también el fenómeno de la violencia contra la mujer estuvo oculto hasta muy recientemente. Paradigmático es que una de las revistas de referencia en el estudio de la familia *“Journal of Marriage and the family”* no publicó un artículo sobre violencia doméstica hasta los años 70 y un monográfico sobre este tema en 1971 (Gracia Fuster, 2002).

Hasta bien avanzado el siglo XX y gracias a los movimientos de grupos de mujeres, la sensibilidad de algunos gobiernos y organizaciones internacionales, no se reconoce legalmente la igualdad de derechos de hombres y mujeres. Este reconocimiento legal ha sido el primer paso para la concienciación social progresiva en contra de la violencia hacia la mujer y ha producido que este fenómeno comience a ser considerado ya un problema de dimensiones espectaculares (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2005). Ya en 1980 las Naciones Unidas reconocen los actos de violencia contra la mujer como el crimen encubierto más frecuente en el mundo.

La violencia contra la mujer no sólo supone una perpetuación de la discriminación de la mujer en una retroalimentación perversa de violencia y discriminación, sino que tiene graves y persistentes consecuencias sobre diferentes ámbitos de la vida privada y social de las mujeres: trabajo, independencia económica, acceso a recursos, pobreza, marginación, educación, salud, etc.

Los efectos de la violencia de género sobre la salud están ampliamente estudiados y publicados (Campbell, 2002; Campbell, Jones, Dienemann, Kub, Schollenberger, O'Campo *et al.*, 2002; Lasheras, Pires, Zorrilla, Sánchez, Seoane y Morant, 2008; Organización Mundial de la Salud-OMS, 2005; Plichta, 2004). Son unánimemente reconocidas sus consecuencias sobre la salud física (peor salud general, problemas digestivos, sexuales, reproductivos, cefaleas, hipertensión, lesiones y heridas, VIH, etc.) y sobre la salud mental (peor salud mental en general, depresión, ansiedad, autoestima, suicidio, insomnio, etc.).

La situación de la mujer que sufre violencia de género es considerado como un problema mundial de salud pública por la extensión de este tipo de violencia, su frecuencias, su intensidad, su baja visibilidad y sus repercusiones sanitarias y sociales (Organización Mundial de la Salud, 1996). Siendo grave el problema en mujeres de población general, cuando el foco de atención se centra en el grupo de mujeres con discapacidad y más concretamente con un trastorno mental grave, el fenómeno de la violencia de pareja adquiere dimensiones trágicas. Gravedad

acrecentada por una doble vulnerabilidad, la de ser mujer y la de padecer una enfermedad mental, que conlleva a su vez una doble marginación. A pesar de la dimensión de este fenómeno su invisibilidad es una de sus características lo que dificulta enormemente el abordaje desde las políticas sanitarias y sociales de lucha contra la violencia. Prueba de ello es la escasez de estudios o investigaciones que analicen la violencia por parte de sus parejas que sufren las mujeres con trastornos mentales y por ende de actuaciones que puedan desprenderse para corregir esta situación. Escasez de estudios a nivel mundial y ausencia de ellos en nuestro país. El trabajo que aquí se presenta pretende ser una modesta contribución para paliar esta situación de invisibilidad que sufren las mujeres afectadas con una enfermedad mental y que además sufren violencia por parte de su pareja.

2 INTRODUCCIÓN

2.1 Desarrollo normativo

El siglo pasado significó el inicio de toda una serie de recomendaciones, resoluciones y legislaciones cuyo objetivo era promover la igualdad entre mujeres y hombres y por consiguiente la lucha contra cualquier tipo de violencia contra éstas. No siendo objeto de este trabajo un recorrido exhaustivo de la normativa al respecto se presentan sólo las más significativas tanto en el ámbito internacional como nacional.

Naciones Unidas

Las Naciones Unidas han desempeñado un papel esencial en la lucha contra la discriminación de las mujeres y por ende contra cualquier tipo de violencia contra ellas. Ya en el preámbulo de su tratado fundacional reafirma *“la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres”* (Naciones Unidas, 1945). Esta consideración se vuelve a asumir en la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” en su preámbulo y se concreta en su capítulo 2 en los siguientes términos *“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”* (Naciones Unidas, 1948).

Con posterioridad, la Asamblea General aprobó el “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos” (Naciones Unidas, 1966) que entró en vigor en 1976 y que otorga a los principios contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos un compromiso legal para los estados que lo ratifican.

La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el 18 de diciembre de 1979 la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” que en su artículo 5 obliga a los Estados partes a tomar las medidas apropiadas para *“Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres”* (Naciones Unidas, 1979).

Convocada por las Naciones Unidas en 1975 se celebró en México la “I Conferencia Mundial sobre la Mujer” con el objetivo de situar la causa de la igualdad entre hombres y mujeres en el centro de las políticas mundiales. En consonancia con este propósito la década 1976-85 se proclamó como el “Decenio de Naciones Unidas para la Mujeres”.

Posteriormente se han celebrado otras 3 Conferencias Mundiales sobre la Mujer en Copenhague (1980), Nairobi (1985) y Beijing (1995) y 3 conferencias de seguimiento y evaluación en Nueva York (2000, 2005 y 2010). La Conferencia de Beijing representó un punto de inflexión en el análisis de la situación de desigualdad de la mujer en el mundo en cuanto se considera por primera vez que su tratamiento no puede ser sectorial sino que debe integrarse en políticas globales públicas basadas en la transversalidad de la perspectiva de género. Desde esa perspectiva se debe reevaluar toda la estructura de la sociedad y por tanto las relaciones entre hombres y mujeres, potenciando el abordaje de soluciones por parte de los gobiernos y de la sociedad civil para eliminar los obstáculos a la participación de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada. Se identificaron doce esferas de especial preocupación que se consideraba representaban los principales obstáculos al progreso de la mujer (pobreza, educación y capacitación, salud, violencia, conflictos armados, economía, poder y adopción de decisiones, mecanismos institucionales para la promoción, derechos humanos, medios de comunicación, medio ambiente y la niñez).

La “Conferencia Mundial de Derechos Humanos”, convocada por la Naciones Unidas y celebrada en Viena en Junio de 1993, reafirmó la universalidad y el papel central de los derechos humanos que son inviolables tanto en el ámbito público como privado. La violencia contra la mujer, incluida la que ocurre en el ámbito doméstico o familiar, es considerada una violación de los derechos humanos (Naciones Unidas, 1993a).

Poco después, en diciembre de 1993, la Asamblea General de Naciones Unidas, formuló la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” donde, entre otras medidas, se define en su artículo 1 el concepto de “violencia contra la mujer” como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”* (Naciones Unidas, 1993b). Dicha definición y su acotación en el artículo 2 han sido referente mundial en los estudios e informes sobre violencia contra la mujer. Esta definición y la Declaración en su conjunto, tuvieron en esos momentos una doble importancia (Gil Ambrona, 2008):

- Se diferencian y se nombran diferentes formas de violencia contra la mujer que van más allá de la violencia física. Se hace visible otro tipo de violencia no tan evidente como las secuelas que puede acarrear el maltrato físico.
- La violencia contra la mujer trasciende el ámbito privado y se hace corresponsable a toda la comunidad (familia, Estados, etc.)

Otra disposición significativa adoptada por unanimidad el 12 de Diciembre de 1997 por la Asamblea General de las Naciones Unidas es la resolución sobre “Medidas de prevención del delito y de justicia penal para la eliminación de la violencia contra la mujer”. Esta resolución vino a otorgar rango normativo a muchas medidas avanzadas anteriormente contra la violencia hacia las mujeres e insta a los Estados a que promulguen estrategias para la

eliminación de esta violencia, la prevención del delito y la justicia penal (Naciones Unidas, 1997).

A lo largo de la última década las Naciones Unidas ha ido desarrollando una serie de mandatos y recursos para abordar diferentes aspectos relacionados con el progreso de la mujer en el mundo y favorecer la igualdad:

- División para el Adelanto de la Mujer (DAW).
- Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW).
- Oficina del Asesor Especial en cuestiones de género (OSAGI).
- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

En julio de 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas creó ONU Mujeres, que aglutina todos los recursos enfocados hacia la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer en el mundo.

Unión Europea

El “Tratado de la Unión Europea” (1992) recoge en sus artículos 2 y 3 el principio de igualdad y no discriminación entre mujeres y hombres y su compromiso para su consecución. Igualmente son recogidos estos principios en la “Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea” proclamada por el Parlamento Europeo, el Consejo de la Unión Europea y la Comisión Europea el 7 de diciembre de 2000. En su artículo 21 señala la no discriminación por razón de sexo y en el 23 la igualdad entre hombres y mujeres (Unión Europea, 2000). Por último, en el “Tratado por el que se reconoce una Constitución para Europa” también llamada “Constitución Europea” (2003) recoge entre sus valores y articulado los principios de igualdad y no discriminación por razón de sexo.

El Parlamento Europeo cuenta entre sus Comisiones una dedicada a los “Derechos de la Mujer y de la Igualdad de Género”.

El compromiso Europeo de lucha contra la discriminación no solo ha estado presente en sus Tratados fundacionales sino que han sido abundantes las disposiciones referidas al problema de la violencia contra las mujeres. Se pueden destacar las siguientes:

- Resolución del Parlamento Europeo sobre las “Agresiones a la Mujer” (1986). Esta resolución considera que cualquier tipo de violencia física y psicológica contra las personas representan una violación de los derechos humanos y reconoce la situación de especial vulnerabilidad a la que están sometidas las mujeres y niñas, es especial a ser víctimas de agresiones sexuales. Se insta a los gobiernos a que den un tratamiento legal similar a la agresión sexual independientemente a que la agresión de produzca fuera o dentro del matrimonio.
- Resolución del Parlamento Europeo A3-0349/94 sobre las “Violaciones de las Libertades y de los Derechos Fundamentales de las Mujeres”. En este documento se resalta la falta de respeto de los derechos de las mujeres con especialmente mención a la dignidad e integridad de su cuerpo. Se llama la atención sobre determinadas prácticas, costumbres y situaciones de especial riesgo para las mujeres (cárceles, inmigración y zonas de conflictos armados).
- Recomendación sobre la “Violencia dentro de la Familia” (1985) adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa. Se reconoce a las mujeres y niños como colectivos de especial riesgo de sufrir violencia en el entorno doméstico e insta a los Estados a desarrollar medidas de prevención, denuncia e intervención en los actos de violencia dentro de la familia.
- Resolución nº 2 de 1990 del Consejo de Ministros sobre las Medidas sociales respecto a la “Violencia en el seno de la Familia”. Se señalan tres colectivos de especial vulnerabilidad: los niños, mujeres y personas mayores. Se reconoce la importancia de la detección de este tipo de violencia y se propone también programas preventivos para este tipo de violencia.

- Resolución sobre la “Violación y Agresiones Sexuales a las Mujeres” (1993) en la que se apelaba a los Estados participantes a adoptar medidas preventivas para eliminar este tipo de violencia.
- Recomendación sobre la “Protección de las Mujeres contra la Violencia” aprobada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa (2002). Señala diferentes aspectos de la lucha contra la violencia y así por ejemplo insta a que las legislaciones nacionales penalicen la violencia sexual entre esposos/compañeros o el abuso ante situaciones de vulnerabilidad de otros colectivos (personas con discapacidad física o mental o en situación de dependencia).
- Resolución del Parlamento Europeo sobre una “Campaña Europea sobre Tolerancia Cero ante la Violencia contra las Mujeres” (Unión Europea, 1997). Insta a los Estados miembros a que adopten una posición mas activa en la lucha contra la violencia de género y la incluyan en su orden del día político. En enero de 1999, la Comisión Europea lanzó la primera campaña paneuropea contra la violencia doméstica y se puso en marcha el programa DAPHNE I que ha tenido su continuación con posteriores DAPHNE II (2004-2008) y DAPHNE III (2007-2013). Estos programas posibilitan el desarrollo de proyectos de lucha contra la violencia hacia las mujeres. El objetivo es contribuir a proteger a los niños, los jóvenes y las mujeres de todas las formas de violencia y alcanzar un elevado nivel de protección de la salud, bienestar y cohesión social.
- A pesar de que no es vinculante, un Dictamen del Comité Económico y Social Europeo publicado en mayo de 2006 (2006/C 110/15) reiteraba la necesidad de vigilancia continua en el tema de la violencia doméstica y exigía la implantación de una estrategia paneuropea que unificase las distintas respuestas que los países europeos estaban ofreciendo por separado. El Comité reivindicaba sobre todo la realización de un macroestudio de ámbito europeo sobre la prevalencia de la violencia doméstica contra las mujeres, sus repercusiones para los ciudadanos y la sociedad, y los costes económicos. Con ello se

pretendía reflejar el problema de que, a pesar de que en muchos países europeos existe información fácilmente accesible sobre la violencia, sigue habiendo países que no recopilan información de forma sistemática y que además, aun cuando recopilan datos, utilizan parámetros que difieren en gran medida y no permiten realizar un análisis o comparativa a escala europea.

- En 2006, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa adoptó la Resolución 1512 (2006), reiterando la unidad parlamentaria para combatir la violencia doméstica contra las mujeres, solicitaron a los parlamentos nacionales que adoptasen una serie de acciones para condenar la violencia doméstica y promover la cobertura de una gran variedad de necesidades, como las acciones de coordinación, investigación y financiación.
- “Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres (2006-2010)”. Apoya los objetivos del programa para la igualdad entre hombres y mujeres. Es la continuación de la estrategia marco sobre la igualdad entre hombres y mujeres (2001-2005) y propone 6 áreas claves, con sus correspondientes objetivos y acciones clave. Una de estas áreas claves es la erradicación de todas las formas de violencia de género (Unión Europea, 2006).
- “Carta de la Mujer” (2010): Comunicación de la Comisión Europea a favor de la igualdad entre mujeres y hombres con motivo del Día Internacional de la Mujer 2010, en conmemoración del 15º aniversario de la adopción de la Declaración y la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer celebrada en Pekín, y del 30º aniversario de la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Unión Europea, 2010a)
- “Estrategia para la igualdad entre mujeres y hombres (2010-2015)”. Fruto del plan de trabajo (2006-2010) para la igualdad entre las mujeres y los hombres. Recoge las prioridades definidas por la “Carta de la Mujer”, constituye el programa de trabajo de la Comisión y

describe las acciones clave previstas entre 2010 y 2015 una de las cuales se refiere a la “Dignidad, integridad y fin de la violencia sexista” (Unión Europea, 2010b)

España

La Constitución de 1978 recoge entre sus preceptos los siguientes:

- Artículo 1: *“España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”. Según comenta el Defensor del Pueblo en su informe sobre la violencia doméstica “En primer término, el reconocimiento del Estado como social denota una interacción entre Estado y sociedad que produce consecuencias diversas. Por consiguiente, los fines de interés general no son absorbidos de forma absoluta por el Estado, sino que armonizan en mutua acción entre Estado y sociedad. Por otro lado, el reconocimiento de los derechos de carácter económico social impone la intervención del Estado para hacerlos efectivos. Por ello, en la cuestión que se está tratando se puede exigir a las administraciones públicas una respuesta activa para la solución de la situación social y económica en que se terminan encontrando las mujeres maltratadas. En cuanto a los principios reconocidos como superiores han de presidir toda la interpretación del ordenamiento y han de estar presentes en la vida social.” (Defensor del Pueblo, 1998).*
- Artículo 9.2: *“Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover todos los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.»*
- Artículo 10:
“1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los

derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.”

“2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce, se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.”

- Artículo 14: *“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión cualquier otra condición o circunstancia personal o social.”*
- Artículo 15: *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.”*
- Artículo 17.1: *“Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma prevista en la ley.”*
- Artículo 18.1: *“Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.”*

Los derechos recogidos por la Constitución vinculan formalmente a todos los poderes públicos que se convierten en garantes de estos derechos de la persona en nuestra sociedad.

A nivel estatal se han desarrollado diversas iniciativas legislativas referentes en la lucha contra la violencia de género. Han sido de especial relevancia las siguientes:

- Creación en 1983 del Instituto de la Mujer con la función de promoción y fomento de las condiciones que posibiliten la igualdad social de ambos sexos y la participación de las mujeres en la vida política, cultural, económica y social.
- I Plan de Acción contra la Violencia de Género en el ámbito doméstico (1998)

- II Plan Integral contra la Violencia Doméstica (2001)
- Creación en 2002 del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género el Consejo General del Poder Judicial, como un instrumento de análisis y de actuación que, en el ámbito de la Administración de la Justicia, promueve iniciativas y medidas dirigidas a erradicar el problema social de la violencia doméstica y de género.
- Puesta en marcha en 2004 del Observatorio de Salud de las Mujeres Organismo de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad para promover la disminución de las desigualdades en salud por razón de género.
- Creación en 2006 del Observatorio Estatal de Violencia de Género al que corresponde el asesoramiento, evaluación, colaboración institucional, elaboración de informes y estudios y propuestas de actuación en materia de violencia de género.
- Creación en 2007 del Observatorio de la Mujer en las Fuerzas y Cuerpos de la Seguridad del Estado para disponer de un conocimiento actualizado de la situación de la mujer en el Cuerpo Nacional de Policía y en la Guardia Civil y formular recomendaciones en materia de igualdad de género.
- Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011)
- Plan de Atención y Prevención de la Violencia de Género en Población Extranjera Inmigrante (2009-2012).

La normativa sobre violencia de género a nivel estatal se resume en (Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad):

- Normas con rango de Ley:
 - LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. (BOE de 29/12/2004)
 - LEY 27/2003, de 31 julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. (BOE de 01/08/2003)

- LEY 35/1995, de 11 diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual. (BOE de 12/12/1995)
- Reales Decretos:
 - REAL DECRETO 95/2009, de 6 de febrero, por el que se regula el Sistema de registros administrativos de apoyo a la Administración de Justicia (BOE de 07/02/2009).
 - REAL DECRETO 1917/2008, de 21 de noviembre, por el que se regula el programa de inserción socio laboral para mujeres víctimas de violencia de género (BOE de 10/12/2008).
 - REAL DECRETO 1618/2007, de 7 de diciembre, sobre organización y funcionamiento del fondo de garantía del pago de alimentos (BOE de 14/12/2007).
 - REAL DECRETO 1369/2006, de 24 de noviembre, por el que se regula el programa de renta activa de inserción para desempleados con especiales necesidades económicas y dificultad para encontrar empleo (BOE de 05/12/2006).
 - REAL DECRETO 253/2006, de 3 de marzo, por el que se establecen las funciones, el régimen de funcionamiento y la composición del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (BOE de 14/03/2006).
 - REAL DECRETO 1452/2005, de 2 de diciembre, por el que se regula la ayuda económica establecida en el artículo 27 de la Ley Orgánica 1/2004, de medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE de 17/12/2005).
 - REAL DECRETO 515/2005, de 6 de Mayo, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad (BOE de 07/05/2005).
 - REAL DECRETO 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero,

sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (BOE de 07/01/2005).

- REAL DECRETO 996/2003, de 25 de julio, Reglamento de Asistencia Jurídica Gratuita (BOE de 07/08/2003).
- REAL DECRETO 738/1997, de 23 mayo, por el que se aprueba el reglamento de ayudas a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual (BOE de 27/05/1997).

En el ámbito de las Comunidades Autónomas se han producido también un gran número de actuaciones legislativas, de planes de acción y estratégicos de lucha contra la violencia que sufren las mujeres.

2.2 Conceptos y definiciones

2.2.1 Conceptos y definiciones “violencia de pareja”:

En números estudios y trabajos sobre la violencia contra las mujeres se entremezclan y usan indistintamente diferentes denominaciones para describir diferentes modalidades o encuadres de este fenómeno. Parece pertinente clarificar qué términos y en qué sentido se van a utilizar en este trabajo. Para ello no se hará un recorrido exhaustivo de las diferentes concepciones de cada término sino que se describirán sólo los utilizados en este trabajo y que son aquellos que parecen más relevantes en cuanto que son los más consensuados y utilizados en los estudios sobre el tema, proviniendo en la mayoría de los casos de una institución u organismo de referencia en el ámbito internacional o nacional.

Violencia

La Real Academia Española de la Lengua define la violencia (del latín *violentiā*) con 4 acepciones (R.A.E. Real Academia Española, 2001):

1. f. Cualidad de violento.
2. f. Acción y efecto de violentar o violentarse.
3. f. Acción violenta o contra el natural modo de proceder.
4. f. Acción de violar a una mujer.

El Diccionario de Uso del Español María Moliner precisa el término “violencia” (del lat. “*violentia*”) con las siguientes entradas (Moliner, 2007):

1. f. Cualidad de violento: “*La violencia del oleaje*”.
2. Utilización de fuerza en cualquier operación: “*Puedo meter las gafas en este estuche, pero con violencia*”. En especial con referencias a cosas no materiales, puede construirse, como nombre unitario, con “por la”: “*Con este niño no conseguirás nada por la violencia*”. Fuerza.
3. Manera de proceder, particularmente un gobierno, en que se hace uso exclusivo o excesivo de la fuerza: “*Un régimen de violencia*”.

4. ("Costar, Estar con") Situación de la persona que se siente violenta: *"Si te cuesta violencia pedirle el dinero, se lo pediré yo"*. Violentarse.
5. ("Cometer") Acción injusta con que se ofende o perjudica a alguien. Hacer violencia a alguien. Forzarle de cualquier manera a hacer lo que no quiere hacer. Violentar.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia (WHO Global Consultation on Violence and Health, 1996) como *"el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones."*

La definición usada por la Organización Mundial de la Salud vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se produzcan. Se excluyen de la definición los incidentes no intencionales o accidentales.

Violencia contra la mujer

Las Naciones Unidas en la "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer", Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993, considera en su Artículo 1 la violencia contra la mujer como *"todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada"* (Naciones Unidas, 1993b). Es esta misma definición la que asume la Unión Europea en sus directrices referidas a la violencia contra la mujer (Unión Europea, 2008).

Posteriormente y a raíz de la Conferencia Mundial sobre la mujer celebrada en Beijing en 1995 las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer

como *“todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”* (Naciones Unidas, 1996).

Ámbitos de la violencia contra la mujer

En la Resolución de las Naciones Unidas en la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” señalada antes el Artículo 2 considera que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos (Naciones Unidas, 1993b):

- “a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;*
- b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;*
- c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.”*

Además de esta distinción de la violencia contra la mujer en el ámbito familiar, comunitario y de Estado, en la literatura sobre el tema suelen aparecer entremezcladas otros ámbitos o clasificaciones de la violencia: violencia de género, violencia doméstica o familiar y violencia de pareja. Siguiendo la clasificación del Ministerio de Sanidad y Consumo las podemos definir en los siguientes términos (Ministerio de Sanidad y Consumo y Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud

(PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), 2003):

Violencia familiar o doméstica: malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infringidas por miembros del medio familiar y dirigidas a los miembros más vulnerables de la misma como niños, mujeres y ancianos. Incluye el maltrato infantil, el incesto, el maltrato a padres o ancianos.

Violencia de género o contra las mujeres: violencia específica hacia las mujeres por serlo y utilizada para el control, poder y discriminación sobre ellas. Comprende la violencia física, sexual, psicológica, incluidas la amenaza, la coacción, la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública o como en la privada.

Violencia contra la pareja: se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

En el presente trabajo nos centraremos exclusivamente en la violencia contra la pareja.

Tipos de violencia contra la mujer:

En la definición de violencia contra la mujer vista anteriormente las Naciones Unidas diferencian daño físico, sexual o psicológico sufridos por la mujer (Naciones Unidas, 1996). Esta diferenciación ha sido utilizada para definir los tipos de violencia que de forma mayoritarias son utilizados en la literatura sobre el tema. El “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la

violencia de género” define los tipos de violencia en los siguientes términos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007):

Violencia física: Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer.

Violencia sexual: Ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas.

Las agresiones sexuales comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Dentro de éstas se encuentra la violación: cuando la agresión sexual consiste en la penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales (por ejemplo los dedos) por vía vaginal o anal. Pero también existe agresión sexual cuando se atenta contra la libertad sexual de la mujer, aunque ello no implique contacto físico entre ésta y el agresor (obligarla a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con terceros).

Los abusos sexuales comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación, aunque siempre sin que medie el consentimiento de dicha persona. Se consideran abusos sexuales no consentidos (además de los que se ejecutan sobre menores de 13 años) aquellos en los que el consentimiento se obtiene prevaleciendo el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima. En el ámbito laboral, el acoso sexual es también una forma de violencia contra la mujer. Existe cuando se solicita a la mujer (para sí, o para un tercero) favores de naturaleza sexual, provocando con ello en la

víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante.

Existen además otras formas de violencia sexual menos estudiadas en nuestro país que no pueden obviarse, como por ejemplo las mutilaciones sexuales, el tráfico de niñas y mujeres o el turismo sexual, entre otras.

Violencia psicológica: Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal sino como manifestaciones propias del carácter del agresor.

La clasificación que utiliza el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España y las diferentes Comunidades Autónomas es coincidente con la establecida por la Unión Europea aunque el “Grupo de Especialistas para combatir la violencia contra las mujeres” del Consejo de Europa, amplía la violencia física, sexual y psicológica con otros tres tipos de violencia: la económica, la estructural y la espiritual. Las define en los siguientes términos (Group of specialists for combating violence against women, 1997):

Violencia económica: Injusto control en el acceso a los bienes/recursos económicos comunes. Por ejemplo negar el acceso al

dinero, impedir el acceso a un puesto de trabajo o a educación, negar el derecho a la propiedad, etc.

Violencia estructural: concepto muy relacionado con la violencia económica. Incluye barreras intangibles e invisibles que impiden el ejercicio de oportunidades potenciales y de derechos básicos. Estos obstáculos están sustentados y se reproducen diariamente en la estructura de la sociedad, por ejemplo en las diferencias y relaciones de poder (estructuras) que generan y legitiman la desigualdad.

Violencia espiritual: erosionar o destruir las creencias culturales o religiosas de la mujer mediante la ridiculización y el castigo o la imposición a alguien de un sistema de creencias ajeno.

Considera este grupo de expertos que la forma más habitual de violencia que sufre la mujer es una combinación de violencia psicológica, física y sexual, inmersas en una violencia estructural y que puede ser acompañado de violencia económica y/o espiritual.

En este trabajo y en consonancia con las clasificaciones de uso habitual en la literatura científica sobre el tema, utilizaremos las categorías de violencia sexual, física y psicológica, incluyendo en esta última la violencia espiritual, económica y estructural.

2.2.2 Concepto y definiciones del “trastorno mental grave”

El término “trastorno mental grave” (TMG) es un concepto sobre el que históricamente ha habido dificultades para operativizar y consensuar los criterios que conformarían el colectivo de personas con trastorno mental grave. Como término polisémico ha englobado bajo esta etiqueta una gama extensa y heterogénea de pacientes con características y necesidades muy diferentes.

Este término, equivalente al también utilizado en nuestro contexto “trastorno mental severo”, provienen de los vocablos anglosajones “*Severe Mental Illness*” o del cada vez más utilizado “*Severe and Persistent Mental Illness*”. Sin embargo a lo largo de la historia ha habido diferentes denominaciones para el colectivo de personas con trastorno mental grave: enfermo mental crónico, enfermedad mental grave y persistente, enfermo mental severo, personas con discapacidades psiquiátricas de larga evolución, discapacidad psiquiátrica grave, paciente mental crónico, etc. Aunque en las primeras definiciones el término “crónico” era de uso generalizado, ya a partir de los 90 empezó a cuestionarse su uso por ser una etiqueta asociada al estigma y por las expectativas pesimistas de mejoría que están relacionadas con el término “crónico” (Anthony, Cohen y Farkas, 1990)

Las primeras definiciones aparecen en la época anterior a las reformas psiquiátricas cuando las personas con un trastorno mental grave vivían en instituciones psiquiátricas. Con la llegada de la desinstitucionalización y la creación de redes de recursos comunitarios surge la necesidad de redefinir a esta población. Es a finales de los 70 cuando aparece en la literatura científica los primeros intentos de redefinición que ya incorporan los tres criterios que con mayor o menor peso han estado presentes hasta hoy en día: diagnóstico psiquiátrico, inhabilidad funcional y duración de la enfermedad. Sin embargo la heterogeneidad de los criterios utilizados llevó al Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos a sugerir en 1987 que una “torre de Babel” aún persistía entre los profesionales y servicios que hablaban de trastorno mental grave y se hacía necesaria una definición de consenso (Schinnar, Rothbard, Kanter y Jung, 1990).

A modo de ejemplo representativo de tal situación Schinnar recopiló hasta 17 definiciones diferentes de trastorno mental grave que aparecían en la literatura científica de la década de los años 80 con las siguientes condiciones: ser posteriores a la desinstitucionalización, utilizadas en la red de salud mental de Estados Unidos y ser lo suficientemente específicas para poder ser operativizadas. Aplicando cada una de las definiciones a la misma población de 222 pacientes, se encontraron

prevalencias de trastorno mental grave del 4% al 88% de la muestra en función de la definición elegida (Schinnar *et al.*, 1990).

A modo de ejemplo señalaremos las definiciones y consideraciones sobre el trastorno mental grave más paradigmáticas en el contexto internacional y nacional:

- *“las personas con discapacidad psiquiátrica grave tienen un diagnóstico de enfermedad mental y limitaciones en su capacidad para realizar ciertas funciones (por ejemplo conversar con su familia y amigos, entrevistarse para un trabajo) y en su habilidad para ejecutar ciertos roles (por ejemplo trabajador, estudiante)”* (Anthony *et al.*, 1990)
- El acta de la Rehabilitación de EE.UU. define en 1973 a las *“personas con minusvalía grave como discapacitados que requieren múltiples y amplios servicios durante un largo periodo de tiempo”*. Entre los colectivos contemplados en esta acta se encuentran las personas con enfermedad mental junto a otras discapacidades (United States Congress, 1973).
- Goldman, que tuvo una gran influencia en la conceptualización del término trastorno mental grave, señala en 1981 que el enfermo mental crónico tendría un *“trastorno mental grave con discapacidad de grave a moderada de larga duración”*; señalando también que el colectivo de TRASTORNO MENTAL GRAVE está constituido por *“personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica.”* (Goldman, Gattozzi y Taube, 1981). Esta definición es ampliamente aceptada por la mayoría de los autores que trabajan en el campo de la atención al trastorno mental grave (Liberman, 1993)
- Wing y Morris definen a la persona con trastorno mental grave como afectado de una “discapacidad social” que definen en los siguientes términos: “estado

de un individuo que es incapaz de progresar socialmente hasta los estándares esperados por él/ella, por la gente importante para él/ella o por la sociedad en general” (Wing y Morris, 1981).

- El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) define en 1987 al colectivo afectado con un trastorno mental grave como *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”* (citado en (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009)).
- A petición del Senado de Estados Unidos, el Consejo Asesor sobre Salud Mental realizó un informe sobre los costes económicos de la atención al trastorno mental grave. En dicho informe se define que la *“enfermedad mental grave” “comprende un grupo de diferentes trastornos mentales que difieren en causas, cursos y tratamiento. La mayoría (...) son de larga duración y producen diferentes grados de discapacidad, especialmente cuando el tratamiento óptimo no es accesible”* (National Advisory Mental Health Council, 1993)
- Slade presenta en 1997 las dimensiones de las definiciones de trastorno mental grave que eran utilizadas en el Reino Unido: seguridad, soporte formal e informal, diagnóstico, discapacidad y duración (Slade, Powell y Strathdee, 1997).
- El IMSERSO se acoge en 2003 a la siguiente definición: *“Las personas con enfermedad mental grave y prolongada son aquellas que sufren trastornos psiquiátricos graves (esquizofrenias, trastornos afectivos bipolares, psicosis orgánicas, etc.) que conllevan un grado de deterioro en aspectos fundamentales para su desenvolvimiento laboral, social y personal (higiene, relaciones interpersonales, capacidades cognitivas, etc.), mantenido en el tiempo, y que se acompaña de un cierto nivel de minusvalía que le impide la integración en su entorno de forma normalizada y autónoma”* (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2003a), p. 17).

- En otro documento sobre Rehabilitación Psicosocial también el IMSERSO propone que el colectivo de personas con trastorno mental grave engloba *“diversos tipos de entidades nosológicas, que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social y que han de ser atendidos en diversos recursos asistenciales de la red de atención psiquiátrica y social”* (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2003b).
- Más recientemente el IMSERSO aborda el modelo de atención al trastorno mental grave y define el colectivo en los siguientes términos: *“Consideramos incluidas en el grupo de personas con enfermedad mental grave y duradera a aquellas que padecen síntomas de psicosis funcional (típicamente diagnosticadas como esquizofrenia, trastorno bipolar, pero también otras), y que como consecuencia de su enfermedad padecen discapacidades persistentes”* (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2007).
- La Asociación Española de Neuropsiquiatría - Profesionales de la Salud Mental recoge en su cuaderno técnico sobre Rehabilitación Psicosocial los criterios propuestos por la NIMH en 1987 y define el colectivo como *“trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social”* (Gisbert, 2002).
- Las dos guías de práctica clínica orientadas al colectivo de trastorno mental grave que impulsó recientemente el Ministerio de Sanidad, la “Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente” y la “Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el trastorno mental grave”, asumen también las dimensiones propuestas por la NIMH y lo considera con las siguientes características: gravedad, persistencia del trastorno y discapacidad (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, 2009; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

Respecto a la operativización de los criterios de diagnóstico, discapacidad y duración se pueden realizar las siguientes consideraciones:

Dimensión diagnóstico:

Existe consenso en que los diagnósticos nucleares del trastorno mental grave serían las psicosis no orgánicas. Según la CIE-9 MC (Organización Mundial de la Salud, 2010) las psicosis no orgánicas (códigos 295-298) comprenderían los siguientes diagnósticos: trastornos esquizofrénicos (295), trastornos episódicos del humor (296), trastornos delirantes (297), otras psicosis no orgánicas (298) y trastornos obsesivos-compulsivos (300.3).

La Guía de práctica clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave incluye dentro de los diagnósticos correspondientes al trastorno mental grave los siguientes (según la clasificación CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2004)): trastornos esquizofrénicos (F20), trastornos esquizotípicos (F21), trastornos delirantes persistentes (F22), trastornos delirantes inducidos (F24), trastornos esquizoafectivos (F25), otros trastornos psicóticos de origen no orgánico (F28 y F29), trastorno bipolar (F31), episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), trastornos depresivo recurrente (F33), trastorno obsesivo compulsivo (F42) (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

Respecto a los trastornos de personalidad no existe tanto consenso en cuanto su inclusión dentro del colectivo de trastorno mental grave dada la variabilidad de curso y pronóstico y la baja fiabilidad inter-evaluadores en el diagnóstico (Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi y Tansella, 2000). Es práctica habitual incluir ciertos trastornos graves de la personalidad, especialmente los trastornos Borderline (301.83).

Dimensión duración:

La duración del trastorno se incluye como una dimensión definitoria del trastorno mental grave en cuanto a la necesidad de incluir a personas con una duración prolongada de su enfermedad y por tanto de descartar a aquellas personas que aun teniendo un diagnóstico de enfermedad mental grave y presentar dificultades en el funcionamiento psicosocial, presentan un periodo corto de evolución y por tanto un pronóstico incierto (Gisbert, 2002) .

Se han utilizado en la literatura diferentes criterios para operativizar esta dimensión: duración de la enfermedad, duración del tratamiento, número o tiempo de hospitalizaciones, institucionalización, uso de recursos residenciales, etc. (Schinnar *et al.*, 1990).

Frente al criterio de duración de la enfermedad más difícil de objetivar, el más consensuado en la actualidad sería el que duración del tratamiento psiquiátrico (la persona ha de llevar dos o más años en tratamiento psiquiátrico) o deterioro importante y progresivo en el funcionamiento psicosocial en los últimos seis meses (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

Dimensión discapacidad:

Las dificultades en el funcionamiento social se consideran otro rasgo esencial en la conceptualización del trastorno mental grave. Se afirma que estas personas tienen graves y duraderas inhabilidades a consecuencia de la enfermedad o trastorno mental. Se han utilizado diferentes criterios para concretar esta dimensión, por ejemplo: recibir prestaciones económicas por la discapacidad, necesitar ayuda en el uso de servicios, dificultades en las actividades de la vida diaria, dependencia de cuidadores o servicios,

dificultades en el funcionamiento social, dificultades en el funcionamiento laboral, alta vulnerabilidad al estrés, etc.

Se observa un consenso en la necesidad de cuantificar dicha discapacidad, siendo la Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG (*Global Assessment of Functioning GAF*) la más utilizada (APA American Psychiatric Association, 1995). Según sea más restrictivo o no el criterio se pueden utilizar dos puntos de corte:

- 70 ó menos para incluir la discapacidad severa y moderada: Criterios GAF puntuación 61-70: *Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.*
- 50 o menos para incluir solo disfunción severa: Criterios GAF puntuación 41-50: *Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).*

Las personas con un trastorno mental grave suelen presentar con mayor o menor grado de afectación, una o varias de las siguientes dificultades en su desempeño social (Blanco, 2010; Blanco y Pastor, 1997):

- Autocuidados: falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.
- Autonomía: deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral.
- Autocontrol: incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.
- Relaciones interpersonales: falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.

- Ocio y tiempo libre: aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.
- Funcionamiento cognitivo: dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información.

Estas dificultades en el funcionamiento social dificultan que las personas con un trastorno mental grave puedan desempeñar roles sociales relevantes en la comunidad lo que junto a las barreras sociales y estigma les coloca en una situación de desventaja social y riesgo de exclusión.

2.2.3 El maltrato en la relación de pareja

2.2.3.1 Causas

La violencia contra la pareja se produce en todas las culturas, países y niveles sociales sin excepción (Organización Mundial de la Salud, 2002). Para realizar un acercamiento a las causas de dicha violencia habría que realizar tres consideraciones previas:

- No existe una causa única sino que su origen suele ser multifactorial.
- Más que de causas parece más adecuado hablar de factores de vulnerabilidad para ser víctima de malos tratos por parte de la pareja.
- Existe un consenso internacional que los dos elementos de más peso que hacen más probable la violencia contra la mujer son una posición dominante del hombre sobre la mujer y una cultura de violencia donde los conflictos son resueltos por mecanismos violentos (Jewkes, 2002).

Recientes estudios han encontrado algunas variables que correlacionan con violencia en la pareja: pobreza/nivel de ingresos, número de hijos, nivel educacional, abuso en la infancia, consumo de tóxicos, haber presenciado actos de violencia en la infancia/juventud, apoyo social. Otras variables muestran resultados no consistentes entre diferentes estudios: edad (especialmente juventud), edad al

contraer matrimonio, relaciones sexuales pre o extramatrimoniales, estado civil, tipo de convivencia, entorno rural/urbano, peor salud, emigración, etc. (Jewkes, 2002; Kyriacou, Anglin, Taliaferro, Stone, Tubb, Linden *et al.*, 1999; Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño, Álvarez-Kindelán, Palomo-Pinto, Arnalte-Barrera, Bonet-Pla *et al.*, 2006a; Vest, Catlin, Chen y Brownson, 2002; Vives-Cases, Gil-González, Ruiz-Pérez, Escribá-Agüir, Plazaola-Castaño, Montero-Piñar *et al.*, 2010; Yoshihama y Horrocks, 2010).

2.2.3.2 El proceso del maltrato

La violencia contra la mujer en las relaciones de pareja por regla general no suelen tener un comienzo brusco con una alta intensidad, frecuencia y duración del maltrato del hombre hacia la mujer. El comienzo del maltrato suele ser insidioso y sutil, con un deterioro en la relación de pareja con insultos, desprecios y amenazas que van incrementándose según pasa el tiempo. Esta primera etapa en la gestación del maltrato continúa con un incremento en la frecuencia e intensidad de los actos violentos que suelen ocasionar un importante sentimiento de culpa en la víctima. La siguiente fase se caracteriza por las muestras de arrepentimiento del agresor, conductas de amabilidad y afecto hacia la víctima, de tal forma que ésta se siente presionada para perdonar al agresor y volver a confiar en la relación de pareja.

Estas fases suelen mostrar un carácter circular de tal forma que tras la “reconciliación” la mujer volverá a sufrir nuevas agresiones por parte de su pareja que posteriormente volverá a mostrar un arrepentimiento de su conducta. Algunas mujeres no pasan por esta última fase ya que el maltrato se produce de forma constante (Comunidad de Madrid, 2010; Comunidad de Madrid, 2008; Defensor del Pueblo, 1998; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Ruiz-Pérez, Blanco-Prieto y Vives-Cases, 2004).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2002) los hechos desencadenantes de la violencia contra la pareja son muy similares en todo el mundo. Los principales serían: la desobediencia o las discusiones con la pareja

masculina, preguntar a la pareja acerca del dinero o de sus amistades femeninas, no tener la comida preparada a tiempo, no cuidar satisfactoriamente de los niños o de la casa, negarse a mantener relaciones sexuales y la sospecha del varón de que la mujer le es infiel.

Diversas teorías y modelos han intentado encontrar una explicación causal que dé cuenta del mantenimiento de la relación de maltrato. Entre las más representativas estarían (Escudero, Polo, López y Aguilar, 2005):

- Masoquismo de la mujer: la violencia tendría una función de equilibrio de la relación de pareja y en las necesidades individuales de sus miembros.
- Indefensión aprendida: adaptación del modelo de Seligman (Maier y Seligman, 1976) propone que la mujer sometida a una situación de maltrato donde no existe capacidad de control ni anticipación por parte de ésta, anula su capacidad de respuesta y se inhibe ante esos comportamientos violentos.
- Ciclo de la violencia: modelo de amplio consenso en el que, como se señaló anteriormente, la mujer maltratada se ve inmersa en una espiral cíclica que combina momentos de maltrato con fases de arrepentimiento.
- Modelo del aprendizaje: la mujer aprendería las pautas de victimización a consecuencia de haber sufrido abusos y violencia en la infancia y adolescencia, o a través de mecanismos de aprendizaje social donde se transmiten pautas de sometimiento, resignación, culpabilización o victimización a través de valores sociales y culturales.
- Modelo de identificación con el agresor: aplicación del Síndrome de Estocolmo a las relaciones de pareja violentas, donde la mujer niega la violencia del agresor y se vincula a los aspectos positivos de éste.
- La persuasión coercitiva: suele equipararse o englobar al concepto de “lavado de cerebro”. El agresor, a través de diferentes estrategias de persuasión y coerción pretende influir intencionadamente en la conducta de la víctima, produciendo en ésta una pérdida o cambio de valores, actitudes, comportamientos, creencias y sentido de sí misma.

La relación de violencia en la pareja, donde se alterna el maltrato con el arrepentimiento y la amabilidad del agresor coloca a la víctima en una situación de la que es muy difícil y costoso salir. La relación de violencia se cronifica y la mujer tarda de media más de 10 años en pedir ayuda o adoptar medidas para cambiar esa situación. No suele existir una única razón por la que la víctima tarda tanto en salir de esa relación de maltrato, sino una combinación de ellas. Las más relevantes serían razones económicas, de imagen ante los demás, familiares o de protección de los hijos, psicológicas (minimización del maltrato, victimización, indefensión, etc.) o de temor por el futuro (Ganzenmüller et al., 1999).

2.2.3.3 Las consecuencias del maltrato sobre la salud

Existen números estudios publicados que avalan que la violencia de pareja afecta negativamente a la salud de la mujer. Sin pretender ser exhaustivos, entre los efectos más documentados y significativos se encuentran los siguientes (Barrett, O'Day, Roche, y Carlson, 2009; Campbell, 2002; Campbell, Jones, Dienemann, Kub, Schollenberger, O'Campo. *et al.*, 2002; Coker, Davis, Arias, Desai, Sanderson, Brandt *et al.*, 2002; Comunidad de Madrid, 2010; Ellsberg, 2006; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts y Garcia-Moreno, 2008; Golding, 1999; Goodman, Thompson, Weinfurt, Corl, Acker, Mueser *et al.*, 1999; Howard, Trevillion y Agnew-Davies, 2010a; Labrador Encinas Fernández-Velasco y Rincón, 2010; Larson, Miller, Becker, Richardson, Kammerer, Thom *et al.*, 2005; Lasheras et al., 2008; Lorente Acosta, 2008; Najavits, Sonn, Walsh y Weiss, 2004; Organización Mundial de la Salud-OMS, 2005; Ortega, Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño, López-Abisab, Rueda y García de Vinuesa, 2004; Plichta, 2004; Sanson, Chu y Wiederman, 2007; Zinzow, Resnick, McCauley, Amstadter, Ruggiero y Kilpatrick, 2011):

- Consecuencias sobre la salud física
 - Muerte: en el mundo entre el 40% y el 70% de los homicidios cuya víctima es una mujer son cometidos por su pareja o ex pareja. El número de mujeres víctimas de la violencia de género en España fue de 73 en 2010.

- Peor autopercepción de su estado de salud.
 - Dolor crónico.
 - Cefaleas.
 - Hipertensión.
 - Enfermedades de transmisión sexual/VIH.
 - Infección de vías urinarias.
 - Riesgo de embarazos no deseados; abortos e hijos con bajo peso al nacer.
 - Disfunción sexual.
 - Alteraciones gastrointestinales.
 - Lesiones y heridas: erosiones, contusiones, cortes, fracturas, traumatismos craneales, roturas de tímpano.
- Consecuencias sobre la salud mental:
 - Peor salud mental en general: multiplican por 3-4 la necesidad de tratamiento especializado en salud mental.
 - Depresión: una de cada tres mujeres víctima de violencia sufre depresión grave. Tres de cada cuatro sufre depresión leve o problemas de ansiedad.
 - Ansiedad.
 - Autoestima.
 - Tentativas y riesgo de suicidio: se multiplica por 4 en mujeres maltratadas.
 - Insomnio.
 - Estrés postraumático.
 - Abuso de alcohol y sustancias tóxicas.
 - Trastornos adaptativos.
 - Abuso de psicofármacos.

Además de los efectos sobre la salud se ha comprobado que las mujeres víctimas de violencia tienen un mayor uso de recursos sanitarios, mayor coste económico para el sistema, peor relación con los profesionales y necesidades médicas

desatendidas (Montero, Ruiz-Perez, Martín-Baena, Talavera, Agüir y Vives-Cases, 2011; Plichta, 2004).

3 REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS SOBRE LA VIOLENCIA DE PAREJA

3.1 Introducción

A pesar de la magnitud del problema de la violencia contra las mujeres a nivel mundial, la invisibilidad de esta situación ha tenido reflejo en que hasta finales de los años 80 no se generalizaron los estudios específicos sobre este fenómeno. Los primeros trabajos provienen del ámbito de países europeos y de EE.UU. y son realizados sobre todo en contextos asistenciales sociales o sanitarios. Los grandes estudios poblacionales no aparecen hasta los años 90 y en España hasta 1999 con la publicación de la primera macroencuesta sobre violencia de género.

A la hora de revisar los estudios realizados sobre prevalencia y características de la violencia que sufre la mujer en las relaciones de pareja se encuentran una serie de dificultades que hacen más complejo el análisis y comparación de los resultados y conclusiones de las diferentes publicaciones. Entre estas dificultades se pueden mencionar las siguientes (Observatorio de Salud de la Mujer, 2005):

- Dificultades relacionadas con el método de obtención de los datos: los datos de prevalencia suelen ser extraídos de encuestas realizadas telefónicamente o presencialmente con las mujeres. Este método para identificar casos de violencia de pareja presenta el inconveniente de la fiabilidad de las respuestas ya que la mujer ha de recordar una serie de hechos y comportamientos ocurridos durante un periodo largo de tiempo o durante el último año. Los datos objetivos pueden estar sesgados por el recuerdo.

En algunos estudios que utilizan fuentes secundarias de información ofrecen una visión interesante pero parcial del problema de la violencia de pareja. Las más habituales serían denuncias presentadas, renuncias de denuncias, juicios, víctimas mortales de la violencia de género, condenas, etc.

Hay acuerdo entre los investigadores que tanto en los datos obtenidos a través de encuestas como los inferidos desde fuentes secundarias, es fácil que se esté produciendo una infravaloración de la prevalencia de la violencia de género.

- Dificultades relacionadas con los criterios de caso: no existe un consenso internacional sobre los criterios a utilizar para calificar a una mujer como víctima de violencia por parte de su pareja o no (criterios de caso). Esta dificultad se hace más manifiesta cuando se intenta concretar el caso como víctima de violencia psicológica.

Sí se observa un consenso sobre los tipos de violencia a considerar. En los primeros estudios e investigaciones sobre violencia de género sólo se incluían los actos de maltrato físico. Ahora se consideran también los actos de violencia psicológica y sexual.

- Dificultades relacionadas con los instrumentos: las dificultades para la medición y estudio de la violencia de género ha producido un importante avance en el desarrollo y fiabilidad de instrumentos de medida de la violencia de género en los últimos 25 años (Waltermaurer, 2005). Muchos de estos instrumentos han sido desarrollados en países anglosajones, especialmente en EE.UU. y los más relevantes cuentan con adaptaciones a nuestro contexto. Esta gran disponibilidad de instrumentos fiables y válidos ha ocasionado en contrapartida una dificultad importante para poder comparar resultados. No se ha llegado a un consenso internacional sobre qué instrumentos utilizar aunque por ejemplo en la medición de la violencia física se observa un uso muy generalizado de las subescalas de maltrato físico del *Conflict Tactics Scales (CTS)* (Straus, 1979) o del *Index of Spouse Abuse (ISA)* (Hudson y McIntosh, 1981). El CTS ha sido utilizado en varias investigaciones estatales sobre violencia de género (por ejemplo en EE.UU, Canadá, Francia, etc.). En la evaluación de la violencia psicológica y sexual existe una mayor diversidad de instrumentos utilizados.

A pesar de las consideraciones anteriores los estudios sobre la violencia contra la mujer han tenido un gran desarrollo en las dos últimas décadas y su aportación ha sido trascendental por varios motivos:

- Redimensionar el problema de la violencia de pareja. Siendo históricamente la violencia de género un asunto ubicado en la esfera privada, invisible y oculto, la publicación de los primeros datos

epidemiológicos sobre prevalencia del maltrato en el ámbito doméstico puso de relieve que la dimensión del problema era mucho mayor de la que se intuía.

- Ubicar el problema de la violencia de pareja en las agendas políticas y por tanto en las planificaciones de acciones sanitarias, sociales, legislativas, etc. para intentar disminuir la prevalencia e impacto de la violencia de género.
- Sumar respuestas multisectoriales contra la violencia de pareja: los estudios y macroencuestas sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres fueron completados con otros sobre sus causas, prevención, manifestaciones, consecuencias, detección, tratamiento, etc. con los que el fenómeno de la violencia de pareja pasa a trascender los aspectos legales y se aborda también desde los sistemas sanitarios, sociales, educativos, etc.
- Hacer público el fenómeno en los medios de comunicación con la consiguiente redefinición en la sociedad de la violencia contra las mujeres no como un problema doméstico y privado sino como un asunto público de abuso y de conculcación de derechos humanos básicos en las mujeres.

Por último señalar que existe consenso internacional en que el mejor instrumento para cuantificar la violencia contra las mujeres es la encuesta aplicada a la propia mujer aún reconociendo que puede ser un método que subestime la prevalencia real de la violencia. También se observa en las revisiones de estudios sobre violencia de género que los sistemas y profesionales sanitarios son contextos y agentes idóneos en la investigación sobre esta problemática (Espinar Ruiz, 2003; Observatorio de Salud de la Mujer, 2005; Organización Mundial de la Salud-OMS, 2005)

A continuación se presentarán los principales datos de prevalencia de la violencia contra la mujer realizados con población general para posteriormente mostrar datos de violencia sobre colectivos con discapacidad y finalmente analizar los datos sobre mujeres con trastorno mental grave.

3.2 Datos sobre violencia contra la mujer en población general

Es difícil dar una cifra exacta de la prevalencia de la violencia de género en población general por las razones enumeradas en el apartado anterior. De todas formas se puede afirmar que utilizando instrumentos estandarizados y haciendo referencia a la existencia de maltrato en el último año, la prevalencia de la violencia contra las mujeres se sitúa entre el 6% y el 12% de las mujeres en población general (Comunidad de Madrid, 2010; Comunidad de Madrid, 2008). A partir de estos datos obtenidos principalmente a través de encuestas y considerando la infravaloración que suelen reflejar esta metodología, se estima que la prevalencia real de mujeres víctimas de violencia de género se sitúa entre el 20% y el 25% de las mujeres en España (Labrador Encinas et al., 2010).

3.2.1 Datos en población general procedentes de encuestas poblacionales

La fuente de información más utilizada para acercarse a la dimensión de la violencia ejercida contra las mujeres son las macroencuestas nacionales. Al analizar y comparar los resultados publicados se observan frecuentemente diferencias entre las prevalencias ofrecidas. Estas variaciones pueden ser atribuidas no sólo a los diferentes niveles de violencia contra la mujer que se pueden observar al comparar diferentes zonas del mundo, sino también a diferencias en las metodologías de investigación, en las definiciones de violencia, en las técnicas de muestreo, en la capacitación de los encuestadores y en las diferencias culturales (Watts y Zimmerman, 2002). A pesar de los inconvenientes que se señalan, las encuestas poblacionales se consideran uno de los métodos más fiables para conocer la magnitud y alcance de la violencia infligida contra la mujer. A continuación se describirán los principales estudios basados en encuestas poblacionales en el ámbito mundial, Europeo, España y Comunidad de Madrid.

Mundo

La primera encuesta nacional específica sobre violencia contra la mujer se realizó en Estados Unidos en 1975 y posteriormente se han realizado otras similares en numerosos países especialmente tras la “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer” celebrada en Beijing en 1995. (Division for advancement of women, 2005). Así, una revisión de 52 encuestas de bases poblacional realizadas a lo largo del mundo entre 1982 y 1999 concluyen que entre el 10% y el 50% de las mujeres encuestadas habían sufrido maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida y entre el 3% y el 52% la habían sufrido en el último año. Los países con mayor prevalencia de violencia a lo largo de la vida (porcentaje mayor de 40%) han sido por orden creciente: India, Etiopía, Bangladesh, Turquía, Nicaragua y Papua N. Guinea. En los últimos 12 meses han sido por orden creciente (porcentaje mayor del 40%): Uganda, Kenia, Bangladesh, India y Palestina. Los estados con menor prevalencia a lo largo de la vida (menos del 15%) en orden decreciente han sido: Moldavia, Puerto Rico, Sudáfrica, Filipinas y Paraguay. Los países con menor prevalencia referida a los últimos 12 meses (prevalencia menor a 7%) serían decrecientemente: Moldavia, Suiza, Sudáfrica, Australia, Canadá y EE.UU. (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999)

En la misma línea de revisión de estudios publicados, la OMS en su informe sobre violencia y salud analiza 48 encuestas de base poblacional realizadas en 35 países de todo el mundo hasta el año 1999 y concluye que entre el 10% y el 69% de las mujeres a nivel mundial han sufrido violencia física por sus parejas a lo largo de la vida y entre un 3% y un 52% en el último año. Si se analizan las encuestas de países europeos de esta investigación de la OMS la prevalencia vital de este tipo de violencia se sitúa entre el 11%-58% y la prevalencia en el último año entre 7% y el 12% (países reportados: Noruega, Países Bajos, República de Moldavia, Reino Unido, Suiza y Turquía. No aparecen encuestas de España (Organización Mundial de la Salud, 2003).

La disparidad en las cifras de prevalencia obtenidas y la escasez de datos de países en vías de desarrollo motivó que la OMS se plantease realizar un estudio multipaís propio, con una encuesta diseñada específicamente para esta investigación y con personal entrenado para su aplicación. Se entrevistaron a 24.057 mujeres de quince entornos rurales o urbanos seleccionados en diez países. Los resultados de prevalencia vital de violencia física y/o sexual variaron entre el 15% y el 71%, con dos lugares con una prevalencia menor de 25% (Japón urbano y Serbia Montenegro urbano), siete lugares entre 25% y 50% y seis lugares por encima del 50% de prevalencia (Perú urbano y rural, Etiopía rural, R.U. de Tanzania rural y Bangladesh urbano y rural). La prevalencia de violencia física y/o sexual en el último año se situaba entre el 4% de Japón urbano y Serbia Montenegro urbano y el 54% de Etiopía rural. (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2005; García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise y Watts, 2006).

En Australia, se ha publicado recientemente un trabajo sobre prevalencia vital de violencia contra la mujer y su relación con trastornos mentales y funcionamiento psicosocial (Rees, Silove, Chey, Ivancic, Steel, Creamer *et al.*, 2011). Basándose en la segunda encuesta nacional sobre salud mental realizada en Australia en 2007, seleccionan al azar una muestra estratificada de 8.841 mujeres con una tasa de participación del 65% con la que obtienen una muestra final de 4.451 mujeres. Un 37,8% de éstas padeció en algún momento de su vida un trastorno mental (un 24,6% de trastornos de ansiedad, un 18,3% de trastornos del humor, 13,9% abuso de sustancias y estrés postraumático el 9,8%) Para medir la violencia contra la mujer se utilizó el WMH CIDI 3.0- *Composite Internacional Diagnostic Interview* que mide eventos traumáticos, incluyendo violencia física de la pareja, violación, otras formas de abusos sexuales y acoso. Respecto a los datos principales se constató que el 27,4% de la muestra había sufrido algún tipo de violencia a lo largo de la vida. Las prevalencias principales fueron: agresión sexual el 14,7%, acoso el 10%, violación el 8,1% y violencia física por parte de la pareja el 7,8%. Una conclusión interesante de este estudio es que la violencia sufrida por la mujer se asociaba a padecer algún tipo de trastorno mental, peor calidad de vida y funcionamiento psicosocial.

Europa

En el ámbito Europeo se han realizado encuestas poblacionales en casi todos los países a través de entrevistas presenciales, telefónicas o cuestionarios autoadministrados. Los datos de prevalencia vital y prevalencia en el último años de violencia sufrida por la mujer en el ámbito de las relaciones de pareja muestran una dimensión enorme del problema. Se estima que el índice de violencia conyugal que sufren las mujeres en los doce meses previos se sitúa en torno al 10%. En la tabla 1 se especifican los datos de esta prevalencia en algunos países de nuestro entorno extraídos de encuestas poblacionales (Department of Gender Equality, 2007; Instituto de la Mujer y Sigma Dos, 2006; Fougeryrollas-Schwebel, 2005; Jansen, Üner, Kardam, Tezcan, Ergöçmen y Koç, 2009; Jaspard y L'équipe Enveff, 2001; Jaspard y L'équipe Enveff, 2006; Kocacik y Dogan, 2006; Lisboa, 2008; Lundgren, 2002; Müller y Schröttle, 2004; Neroien y Schei, 2008; Observatorio de la Violencia de Género en Bizkaia, 2006; Piispa, Heiskanen, Kääriäinen y Siren, 2006; Povey, Coleman, Kaiza, Hoare y Jansson, 2008; United Nations-Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2011):

Tabla 1. Prevalencia violencia doméstica en el periodo de 12 meses

País	Año estudio	Prevalencia
Francia	2000	10%
Finlandia	1997	9%
Finlandia	2005	11,6%
España	2006	9,6%
Reino Unido	1993	12%
Suiza	1994	6%
Moldavia	1997	7%
Noruega	2008	5,5%
Portugal	2008	9,3%

En la tabla 2 se muestran los principales resultados de encuestas publicadas en los últimos años

Tabla 2. Resumen datos de prevalencia en encuestas poblacionales en Europa

País (año)	Características encuesta	Principales resultados	
		Prevalencia vida	Prevalencia último año
Dinamarca (2005)	Cuestionario autoadministrado sobre salud y morbilidad nacional que incluye apartado sobre violencia física y sexual.		- Física: 3,9% - Sexual: 2%
Francia (2000)	Encuesta telefónica a 6970 mujeres con relación de pareja en los 12 últimos meses	Física: 17% Sexual: 11%	- Insultos y amenazas verbales: 4,3% - Agresiones: 2,5% - Acoso moral: 3,9% - Sexual: 0,9%
Suecia (2002)	Cuestionario autoadministrado por envío postal (6926 respuestas de mujeres)	- Cualquier tipo de violencia: 46% - Física: 25% - Sexual: 34% - Amenazas: 18%	- Cualquier tipo de violencia: 12% - Física: 5% - Sexual: 7% - Amenazas: 4%
Finlandia (2005)	Cuestionario autoadministrado por envío postal (4464 respuestas de mujeres)	- Sexual, física o amenazas: 43,5%	- Sexual, física o amenazas: 11,6 %
Alemania (2004)	Entrevista de 10264 mujeres sobre estados de salud y violencia sexual, física, psicológica y acoso sexual.	- Física: 37% - Sexual: 13% - Física o sexual: 40% - Acoso sexual: 58% - Psicológica: 42%	
Italia (2006)	Entrevista telefónica a 25.000 mujeres	- Sexual: 23,7% - Física: 18,8% - Física o sexual: 31,9%	- Cualquier tipo de violencia: 5,4%
Turquía (2008)	Encuesta personal a 17.168 mujeres sobre violencia física, sexual, emocional y económica.	- Física o sexual: 42% - Física: 39% - Sexual: 15% - Emocional: 44%	- Física: 10% - Sexual: 7% - Emocional: 25%
Noruega (2008)	Cuestionario autoadministrado	- Cualquier tipo de violencia 26,8%	- Cualquier tipo de violencia: 5,5%
Portugal (2007)	Encuesta personal sobre violencia física, psicológica, sexual y discriminación social	- Cualquier tipo de violencia: 56,6% - Física: 22,6% - Sexual: 19,1% - Psicológica: 53,9% - Discriminación social: 52,5%	- Física, sexual o psicológica: 9,3%
Reino Unido (2008)	Encuesta sobre crimen que incorpora una apartado sobre violencia en el ámbito doméstico: físico, sexual, acoso, amenazas y emocional. 12.909 mujeres	- Cualquier tipo de violencia: 28,8% - Físico: 6,3% - Emocional: 19% - Amenazas: 21,1% - Sexual: 23,9% - Acoso: 22,3%	- Cualquier tipo de violencia: 5,9% - Físico: 1,5% - Emocional: 3,5% - Amenazas: 3,4% - Sexual: 3,1% - Acoso: 8%
España (2006)	Encuesta telefónica a 32.426 mujeres		- Cualquier tipo de violencia: 9,6%

España

En nuestro país la primera encuesta a nivel estatal sobre violencia doméstica se realizó en 1999 por el Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno de España. Para comprobar la evolución de la prevalencia de la violencia, posteriormente se realizaron dos más, en 2002 y en 2006 (Instituto de la Mujer y Sigma Dos, 2006). En cada encuesta se ha utilizado el mismo cuestionario que recoge datos sociodemográficos, estado de salud, tendencia política, religiosidad, conocimientos de las medidas legales contra la violencia de género, autocalificación como mujer maltratada y 26 preguntas sobre comportamientos que la entrevistada tiene que valorar en frecuencia (4 opciones de *nunca* a *frecuentemente*) y perpetrador.

Los comportamientos evaluados se refieren al momento actual aunque también se pregunta desde cuando ocurren.

En la ilustración 1 se presentan las 26 cuestiones planteadas para evaluar la violencia contra la mujer entrevistada.

Ilustración 1. Comportamientos evaluados en la III Macroencuesta sobre Violencia contra las Mujeres

- 1- *Le impide ver a la familia o tener relaciones con amigos, vecinos*
- 2- *Le quita el dinero que Vd. gana o no le da lo suficiente que necesita para mantenerse*
- 3- *Hace oídos sordos a lo que Vd. le dice (no tiene en cuenta su opinión, no escucha sus peticiones)*
- 4- *Le insulta o amenaza*
- 5- *No le deja trabajar o estudiar*
- 6- *Decide las cosas que Vd. puede o no hacer*
- 7- *Insiste en tener relaciones sexuales aunque sepa que Vd. no tiene ganas*
- 8- *No tiene en cuenta las necesidades de Vd. (le deja el peor sitio de la casa, lo peor de la comida..)*
- 9- *En ciertas ocasiones le produce miedo*
- 10- *No respeta sus objetos personales (regalos de otras personas, recuerdos familiares)*
- 11- *Le dice que coquetea continuamente / o por el contrario que no se cuida nunca, que tiene mal aspecto*
- 12- *Cuando se enfada llega a empujar o golpear*
- 13- *Se enfada sin que se sepa la razón*
- 14- *Le dice que a dónde va a ir sin él/ella (que no es capaz de hacer nada por sí sola)*
- 15- *Le dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe*
- 16- *Cuando se enfada la toma con los animales o las cosas que Vd. aprecia*
- 17- *Le hace sentirse culpable porque no le atiende/entiende como es debido*
- 18- *Se enfada si sus cosas no están hechas (comida, ropa, etc.)*
- 19- *Le controla los horarios*
- 20- *Le dice que no debería estar en esa casa y que busque la suya*
- 21- *Le reprocha que viva de su dinero*
- 22- *Ironiza o no valora sus creencias (ir a la iglesia, votar a algún partido, pertenecer a alguna organización...)*
- 23- *No valora el trabajo que realiza*
- 24- *Le hace responsable de las tareas del hogar*
- SOLO PARA LAS QUE TIENEN HIJOS
- 25- *Delante de sus hijos dice cosas para no dejarle a Vd. en buen lugar*
- 26- *Desprecia y da voces a sus hijos*

Los resultados sobre prevalencia son analizados en función de dos tipos de maltratos:

- Maltrato tipo A “TÉCNICO”: Mujeres que, aunque no se consideren a sí mismas como maltratadas, responden que son víctimas de determinados comportamientos, considerados como indicativos de cierto grado de violencia. Las mujeres Tipo A son aquellas que han respondido “frecuentemente” o “a veces” a los comportamientos en alguna una de las siguientes trece frases:

1. Le impide ver a la familia o tener relaciones con amigos, vecinos.

- 2. Le quita el dinero que usted gana o no le da lo suficiente que necesita para mantenerse.*
- 4. Le insulta o amenaza.*
- 6. Decide las cosas que usted puede o no hacer.*
- 7. Insiste en tener relaciones sexuales aunque sepa que usted no tiene ganas.*
- 8. No tiene en cuenta las necesidades de usted (le deja el peor sitio de la casa, lo peor de la comida...).*
- 9. En ciertas ocasiones le produce miedo.*
- 12. Cuando se enfada llega a empujar o golpear.*
- 14. Le dice que a dónde va a ir sin él / ella (que no es capaz de hacer nada por sí sola).*
- 15. Le dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe.*
- 22. Ironiza o no valora sus creencias (ir a la Iglesia, votar a algún partido, pertenecer a alguna organización).*
- 23. No valora el trabajo que realiza.*
- 25. Delante de sus hijos dice cosas para no dejarle a usted en buen lugar.*

El estudio asume la clasificación de la violencia contra la mujer propuesta por el Consejo de Europa:

- Violencia psicológica: frases números 1, 4, 9, 14, 15, 23 y 25
 - Violencia económica: frase nº 2.
 - Violencia estructural: frase 6 y 8
 - Violencia sexual: frase nº 7
 - Violencia física: frase nº 12
 - Violencia espiritual: frase nº 22
- Maltrato tipo B “DECLARADO”: Mujeres que confiesen haber sido maltratadas durante el último año.

Los principales datos sobre prevalencia de ambos tipos de maltrato obtenidos en las tres macroencuestas realizadas aparecen en la tabla 3.

Tabla 3. Resultados maltrato contra la mujer Macroencuestas Instituto de la Mujer

	Año estudio		
	1999	2002	2006
Número de mujeres entrevistadas	20.552	20.652	32.426
Mujeres consideradas técnicamente como "maltratadas"	12,4%	11,1%	9,6%
Mujeres autocalificadas como maltratadas durante el último año	4,2%	4,0%	3,6%

Con respecto al año 2002, se detecta un descenso en los dos tipos de maltrato, siendo las diferencias estadísticamente significativas tanto en el caso del maltrato "técnico" (de un 11.1% de 2002 pasa a un 9.6% en 2006), así como en el caso del maltrato declarado (de un 4.0% pasa a un 3.6%). Con respecto a 1999, las diferencias son mayores y, en los dos casos, significativas.

Si consideramos solamente el maltrato que proviene de la pareja o de ex parejas, el 7,2% de las mujeres son consideradas como "técnicamente" víctimas de maltrato y el 2,1% de las mujeres se autocalifica como maltratada por parte de su pareja o ex pareja.

Otras conclusiones interesantes de las Macroencuestas serían:

- El 66.7% de las mujeres consideradas como maltratadas "técnicamente" y el 63.8% de las que se autocalifican como tales confiesan que vienen padeciendo estos actos desde hace más de 5 años.
- El maltrato "técnico" tiene mayor incidencia entre las mujeres extranjeras. El 17.3% de ellas son consideradas "técnicamente" como maltratadas, frente al 9.3% de las españolas. La diferencia con

respecto al conjunto de mujeres consideradas “técnicamente” como maltratadas (9.6%) es significativa estadísticamente.

- La incidencia del maltrato es mayor entre las mujeres discapacitadas que entre las no discapacitadas (ambas diferencias son estadísticamente significativas $p < 0,01$):
 - o Maltrato técnico: 13,0% de las mujeres con discapacidad frente al 9,4% sin discapacidad.
 - o Maltrato declarado: 8,1% en discapacitadas frente a 4,4%
- El tramo de edad en el que es más frecuente el maltrato es el comprendido entre los 45 y 64 años, seguido por el de 30 a 44 años. El tramo con menor frecuencia es el de mayores de 64 años.
- A medida que aumenta el tamaño de los municipios de residencia de las mujeres, va aumentando el porcentaje de éstas que se declaran como maltratadas, aunque esta relación no se observa en el maltrato técnico.
- Las mujeres separadas/divorciadas sufren más violencia que las casadas o en pareja.
- También se constata que a mayor nivel de estudios menos casos de violencia “técnica”.
- Las mujeres que sufren maltrato presentan con más frecuencia que las no maltratadas alguno de los siguientes síntomas (en paréntesis porcentaje de mujeres técnicamente maltratadas que refieren haberlos padecido durante el último año): dolores de cabeza (54,2%), gripe (23,5%), ganas de llorar sin motivo (51,7%), dolores de cabeza (54,2%) o de articulaciones/espalda (77%), cambios de ánimo (69,5%), ansiedad o angustia (54%), inapetencia sexual (46,4%),

irritabilidad (52,2%), insomnio o falta de sueño (47,6%), fatiga permanente (29,2%) y tristeza porque piensan que no valen para nada (39,3%).

- Entre las mujeres que han roto una relación de pareja el 54,6% de éstas hacen referencia a algún tipo de maltrato como causa de la su separación.
- El 78,6% de todas las mujeres entrevistadas conocen o han oído hablar de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Una interesante replica de esta macroencuesta es un estudio realizado con 709 mujeres jóvenes escolarizadas de 16 a 21 años en centros públicos o privados de 5 provincias de España y evaluando sólo la autocalificación como mujer maltratada (maltrato tipo B “declarado”). Se obtuvo que el 6,5% de las mujeres jóvenes se reconocieron como maltratadas frente al 3,6% de mujeres adultas que obtuvo la III Macroencuesta del Instituto de la Mujer en 2006 (López-Cepero Borrego, Rodríguez Franco, Rodríguez Díaz y Bringas Molleda, 2010).

En otro estudio poblacional realizado en Asturias en 2002 a través de encuesta telefónica a 421 mujeres representativas de la población asturiana se obtuvo que 20,2% de las encuestadas habían sufrido maltrato en algún momento por parte de su pareja y que el 6,2% lo había experimentado en el último año (Fontanil, Ezama, Fernández, Gil, Herrero y Paz, 2005).

Comunidad de Madrid:

Otro estudio reciente basado en encuestas sobre una muestra representativa de mujeres es el realizado en la Comunidad de Madrid en 2008 (Lasheras et al., 2008).

A efectos del presente trabajo sobre violencia de pareja en mujeres con trastorno mental grave este estudio se utilizará como referencia por las siguientes razones:

- La población de referencia es similar: mujeres mayores de 18 años residentes en la Comunidad de Madrid.
- Los instrumentos utilizados para medir la violencia contra la mujer y el apoyo social percibido son los mismos.
- Se han utilizado los mismos criterios de caso de violencia y de cuantificación y clasificación del apoyo social percibido.

En este estudio se ha utilizado como referencia poblacional las mujeres que residían en la Comunidad de Madrid y se estimó un tamaño muestra de 2.262 mujeres. Se realizaron entrevistas telefónicas recogiendo datos sociodemográficos, estado de salud de la mujer, consumo de recursos sanitarios, situaciones de violencia y apoyo social percibido. 2136 entrevistas fueron utilizadas para la elaboración de resultados.

La violencia en la pareja fue medida con el cuestionario utilizado en la macroencuesta en Francia en el 2000 ENVEFF (para la violencia psicológica y la sexual) (Jaspard y L'équipe Enveff, 2006) y con el *Conflict Tactics Scale* CTS-1 (para la violencia sexual) (Straus, 1979). La valoración se hacía sobre los 12 meses previos a la entrevista.

El apoyo social fue evaluado con Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC que determina el apoyo social percibido tanto el confidencial/afectivo como el instrumental. La valoración se realiza sobre el momento actual.

El módulo referido a salud solicita a las encuestadas una valoración de los siguientes aspectos: estado de salud general percibido, limitaciones en su funcionamiento habitual, accidentes, la presencia o no de una serie de dolencias o enfermedades tanto somáticas como psicológicas (dolor de huesos, articulaciones, dolor de cabeza, depresión, dificultad para dormir, fiebre, cansancio, problemas digestivos, etc.) y el haber tenido algún diagnóstico por parte de su médico sobre un

listado de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, colesterol elevado, diabetes, etc.).

El uso de recursos sanitarios fue explorado con preguntas referidas a consultas en medicina de familia o especializada, consumo de fármacos, pruebas diagnósticas, urgencias y hospitalizaciones. En función de la variable explorada se solicitó recuento de los últimos 2 meses, 6 meses o 12 meses.

Los principales resultados obtenidos son:

- La prevalencia de la violencia de pareja en el último año hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid es del 10,1%. Esta prevalencia es muy similar a la detectada en Francia utilizando el mismo cuestionario (9,2%) o a la señalada en la Macroencuesta Nacional del Instituto de la Mujer de 2006 (9,6%).
- la prevalencia según el tipo de violencia sufrida es:
 - violencia psicológica: 6,8%
 - violencia física y/o sexual: 3,2%
- La mayor prevalencia se presenta en entre mujeres de 18-24 años y las mayores de 55 años.
- Las mujeres separadas/divorciadas sufren más violencia.
- Las mujeres nacidas en América del Sur y Centroamérica sufren con más frecuencia violencia por parte de su pareja.
- A menor nivel socioeconómico hay más riesgo de sufrir violencia.
- Las mujeres víctimas de violencia presentan un apoyo social percibido menor que las mujeres no víctimas.
- Las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja tienen una peor percepción de su salud, peor salud mental, más enfermedades crónicas y limitaciones en su actividad cotidiana.
- No se observan diferencias en el uso de la Atención Primaria aunque sí en la atención especializada, especialmente en traumatología.
- Existe un mayor uso de las urgencias y más consumo de fármacos.

- Se estima que el sobre coste sanitario atribuible a la violencia de pareja es de algo más de 27 millones de euros al año, oscilando entre un mínimo de 14,5 millones año y un máximo de 40,5 millones año.

3.2.2 Datos de violencia contra la mujer procedentes de servicios y recursos

Además de las encuestas poblacionales, una fuente de información para estudiar el fenómeno de la violencia contra las mujeres es la investigación desde servicios y recursos a los que acuden las mujeres que son víctimas de malos tratos. La mujer puede acudir a estos servicios a causa de los malos tratos que sufre o por otros motivos. En este apartado se incluyen los datos que provienen de estudios, informes o registros realizados desde la red sanitaria, social, de mujer, vivienda, etc.

Teniendo en cuenta que en nuestro país se dispone de un sistema sanitario público que ofrece atención a casi el 100% de la población y que la gran mayoría de las mujeres acude a su centro de salud de primaria alguna vez en su vida, la atención primaria se muestra como un contexto privilegiado para estudiar la violencia contra la mujer. Así, en 2003 se realizó un estudio transversal multicéntrico en Andalucía, Madrid y Valencia entrevistando a 1.402 mujeres que acudían por diferentes motivos a consulta de atención primaria. El 32% manifestó haber sufrido violencia en algún momento de su vida por parte de su pareja (física, psicológica y/o sexual). Las principales modalidades de violencia registradas fueron:

- Violencia psicológica: 14%
- Violencia física y psicológica a la vez: 7%
- Violencia sexual y psicológica a la vez: 2,5%
- Violencia física, sexual y psicológica a la vez: 6%

Relacionando violencia por parte de la pareja y apoyo social se encontró que las mujeres con apoyo social tenían una probabilidad un 89% menor de haber sufrido

maltrato por parte de su pareja (Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez y Montero-Piñar, 2008).

En otro estudio multicéntrico en la Comunidad Andaluza se constató que un 31,5 % de las 425 mujeres entrevistadas habían sufrido alguna vez maltrato por parte de pareja (Ortega et al., 2004).

Otro estudio también multicéntrico pero que abarca centros de atención primaria de todas las comunidades autónomas del Estado y a través de las respuestas a 11.475 cuestionarios autoadministrados a mujeres que consultan por cualquier motivo en Atención Primaria se obtuvo que el 24,8% de las mujeres refirieron haber sido víctimas de maltrato por parte de su pareja en algún momento de su vida y el 15,1% en el último año. Las frecuencias más altas se observaron en Ceuta, Melilla y las Islas Baleares. Las más bajas en Castilla La Mancha (Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño, Vives-Cases, Montero-Piñar, Escribá-Agüir *et al.*, 2010).

Este mismo grupo investigador había publicado en 2006 otro trabajo sobre 1.402 mujeres que acuden por cualquier motivo a consultas de Atención Primaria en Andalucía, Madrid y Valencia obteniendo que un 32% del total de mujeres habían sufrido algún tipo de maltrato a lo largo de su vida y un 17,8% lo sufrían en la actualidad. El maltrato emocional es el más frecuente tanto a lo largo de la vida como en la actualidad (30,8% y 16,9% respectivamente), seguido del físico (14,2% alguna vez en la vida y 5,4% en la actualidad) y del sexual (8,9% vida y 3,7% en la actualidad). En este estudio también se encontró una relación significativa entre sufrir maltrato en la actualidad y haberlo sufrido con una pareja anterior en el pasado (Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño, Blanco-Prieto, González-Barranco, Ayuso-Martín y Montero-Piñar, 2006b).

Prevalencia similar, 32,4% de mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja en algún momento de su vida, se encuentra en un estudio con 113 mujeres de cuatro centros de salud de Algeciras (Ruiz Peña, González Peña, López Álvarez, Iglesias Hernández, Barros Rubio, González Amaya *et al.*, 2010).

En 371 mujeres que acuden a centros de salud rurales y urbanos de Castilla La Mancha y Valencia se encontró una prevalencia del 23,3% de violencia por parte de su pareja o ex pareja a lo largo de la vida y un 11,7% refiere sufrirla en el momento actual (Cano Martín, Berrocoso Martínez, Arriba Muñoz, Bernaldo de Quirós Lorenzana, Alamar Provecho y Cardo Maza, 2010).

Otra investigación relacionada con la atención primaria es la realizada al revisar las 224.199 historias clínicas de los Centros de Atención Primaria de Alcalá de Henares. Se detectaron 416 historias con códigos diagnósticos referidos situaciones de posible o real maltrato en la pareja. Revisando posteriormente cada una de estas 416 historias se constató que en el 59,8% se reflejó una situación de maltrato físico, en el 40,2% de maltrato psicológico y en el 5,5% de maltrato o abuso sexual (Morales Larena, 2008).

En un estudio realizado desde un dispositivo especializado, Centro de Salud Mental en tres distritos de Madrid, se entrevistaron a 477 mujeres con pareja que acudieron durante un año a dichos servicios por cualquier motivo de consulta (Polo, 2001). Se excluyeron de la muestra mujeres con psicosis. Los principales resultados referidos a violencia que sufren las mujeres en la relación de pareja fueron:

- A lo largo de toda la relación:
 - Violencia física: 28,1%
 - Violencia sexual: 14,3%
 - Violencia psicológica:
 - No existencia de abuso: 24,1%
 - Existencia de abuso raramente: 59,2%
 - Abuso de manera ocasional: 11,2%
 - Abuso frecuente: 4,8%
 - Abuso muy frecuente: 0,7%
- En el último año el 13,1% han sufrido violencia física.
- En los últimos 6 meses

- violencia sexual: 4,5%
- violencia psicológica:
 - No existencia de abuso: 61,8%
 - Existencia de abuso raramente: 29,3%
 - Abuso de manera ocasional: 6,5%
 - Abuso frecuente: 2,2%
 - Abuso muy frecuente: 0,2%

En el ámbito internacional una revisión sistemática de estudios sobre prevalencia de violencia contra las mujeres publicados entre 1995 y 2006 señala una gran variabilidad entre los resultados obtenidos (Alhabib, Nur y Jones, 2010). Se incluyeron en la revisión 134 estudios publicados en inglés procedentes mayoritariamente de Norte América (41%) y Europa (20%). El 56% de los estudios se basaron en encuestas poblacionales y el 17% en centros de salud de primaria o médico general. A los efectos de este apartado se aportan las siguientes conclusiones de esta revisión:

- los resultados obtenidos en encuestas poblacionales son muy similares a los obtenidos desde atención primaria, aunque éstos últimos presentan unos porcentajes ligeramente superiores en violencia física y psicológica y menores en violencia sexual,
- la prevalencia media de los estudios de atención primaria sobre violencia física y psicológica sufrida a lo largo de la vida se sitúa ligeramente por encima del 30%,
- la prevalencia media de los estudios de atención primaria sobre violencia sexual a lo largo de la vida se sitúa ligeramente por debajo del 20%,

En el Reino Unido el *National Health Services-NHS* promueve, a través de su programa de evaluación de tecnologías sanitaria NIHR-HTA, una evaluación sobre la violencia doméstica y su detección y manejo en el sistema sanitario público. A través de revisiones sistemáticas de estudios publicados intentan dar respuesta a siete cuestiones sobre violencia doméstica en el Reino Unido. La primera de ellas hace referencia a la prevalencia de este tipo de violencia y para sus conclusiones realizan

una revisión sistemática desde el años 1995 hasta el 2009 sobre estudios de prevalencia publicados con muestras poblacionales generales del Reino Unido. Concluyen que entre el 13%-31% de las mujeres británicas han sufrido alguna vez a lo largo de su vida violencia doméstica por parte de su pareja. La prevalencia de este tipo de violencia en el año previo se sitúa entre 4,2%-6% de las mujeres (Feder, Ramsey, Dunne, Rose, Arsene, Norman *et al.*, 2009).

Resultados de algunos estudios primarios realizados en servicios de salud generales en diversos lugares del mundo se muestran en la tabla 4.

Tabla 4. Selección de estudios internacionales de prevalencia de violencia contra las mujeres realizados en servicios de salud generales

Estudio (año)	Localización	Muestra mujeres	Resultados
Hegarty et al. (2004)	Med. Gen. – Victoria (Australia)	1257	Resultados a lo largo de la vida: - Cualquier tipo de violencia: 24,1%.
Mazza et al. (1996)	Medicina general- Melbourne (Australia)	3026	Resultados último año: - V. Física: 22% - V. Psicológica: 20% - V. Física y/o psicológica: 28% Resultados desde los 16 años al momento de la encuesta: - V. Sexual: 30%
Hegarty y Bush (2002)	Med Gen Brisbane (Australia)	1836	Resultados a lo largo de la vida: - Cualquier tipo de violencia: 37% - V. física: 23,3% - V. sexual: 10,6% - V. psicológica: 33,9%
Bradley et al. (2002)	Med General Irlanda	1871	Resultados a lo largo de la vida: - Cualquier tipo de violencia: 39%
Lokhmatkina et al. (2010)	Med. Gen. San Petersburgo (Rusia)	1232	Resultados a lo largo de la vida: - cualquier tipo de violencia: 37,1% Resultados último año: - cualquier tipo de violencia: 7,2%
Prosman et al. (2011)	Med. Gen. Róterdam (Países Bajos)	214	Resultados a lo largo de la vida: - cualquier tipo de violencia: 30%
Kramer et al. (2001)	Med. General y urgencias Wisconsin (EE.UU.)	1268	Resultados a lo largo de la vida: - V. física y/o psicológica: 50-57% - V. sexual: 26% Resultados último año: - V. Psicológica: 28% - V. física: 12% - V. física grave: 6% - V. sexual: 4%
Richardson et al. (2002)	Med. General Londres (U.K)	1207	Resultados a lo largo de la vida: - V. física: 41% - Control por parte de la pareja: 74% - Amenazas: 46% - Sentir alguna vez miedo de su pareja: 35% Resultados último año: - V. física: 17%
Romito et al. (2005)	Med. General Belluno (Italia)	444	Resultados último año: - Cualquier tipo de violencia: 20% - V. física y/o sexual: 5,2% - V. psicológica: 18,7% Resultados a lo largo de la vida: - cualquier tipo de violencia: 19,9%
Fikree y Bhatti (1999)	Med. General Karachi (Pakistán)	150	Resultados a lo largo de la vida: - V. física: 34%

Otro ámbito sanitario donde se puede estudiar el fenómeno de la violencia son los servicios de urgencia, especialmente la hospitalaria. En la revisión comentada anteriormente sobre publicaciones de violencia contra la mujer (Alhabib et al., 2010) de los 136 estudios analizados, 18 fueron realizados en departamentos de urgencia. En estas 18 investigaciones en urgencias se observó una prevalencia vital media algo superior de violencia sexual (el 20% de prevalencia en dos estudios que la reportan) y física (casi el 40% de 11 estudios) a la obtenida en contextos de atención primaria o en estudios poblacionales. Respecto a la violencia psicológica solo un estudio en urgencias aporta datos que la sitúan en el 92% de las mujeres atendidas pero esta investigación es calificada por los autores de la revisión de calidad baja y con una muestra de sólo 84 mujeres entrevistadas. La prevalencia en el momento actual de la violencia física era del 13,4% de las mujeres (10 estudios) y la sexual un 6% pero solo se analiza en un estudio primario.

En la urgencia de un hospital general de Paris, se analizó los motivos de consulta para medir la proporción de pacientes que acudían por motivos psiquiátricos y de éstos últimos cuales consultaban por motivos psiquiátricos o por otros motivos. Entre las diferentes variables analizadas incluyeron una valoración de la violencia doméstica utilizando un cuestionario creado y validado por los autores. La muestra estaba compuesta por 500 personas de las que el 38% presentaron un trastorno psiquiátrico, con la siguiente distribución: un 8% fueron atendidos por motivos psiquiátricos y el restante 30% por otros motivos. El diagnóstico más frecuente fueron depresión mayor (42%) y ansiedad generalizada (18%), seguido por intoxicación alcohólica (11%), dependencia alcohólica (10,5%) y esquizofrenia (8,4%). La prevalencia de violencia doméstica en la muestra de pacientes psiquiátricos fue del 21,7% frente al 6,8% del resto de la muestras sufriendo cualquier tipo de violencia. El resto de la proporciones fueron 7,9% vs. 3,2% víctima sólo de violencia física. Las diferencias entre todos los tipos de violencia en función de la submuestra psiquiátrico/no psiquiátrico se mostró significativa estadísticamente (Saliou, Fichelle, McLoughlin, Thauvin y Lejoyeux, 2005).

En nuestro país existen pocos estudios sobre violencia de género realizados desde los servicios de urgencias (Salvador Sánchez, Rivas Vilas y Sánchez Ramón, 2008). Uno de estos estudios es el realizado en la urgencia del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla con 214 mujeres que acudieron por cualquier motivo de consulta urgente. Se utilizó un cuestionario aplicado en entrevista. El 20% de las mujeres entrevistadas refieren haber sufrido malos tratos en algún momento de su vida y del 16% durante el último año. El 13% los había recibido cuando estaban embarazadas. Sólo a un 10% de las mujeres les habían preguntado alguna vez en las consultas médicas sobre el tema (Alonso, Bedoya, Cayuela, Dorado, Gómez y Hidalgo, 2004).

Otro estudio no de prevalencia sino de las características de la atención de urgencias a los malos tratos en un Hospital Comarcal de la provincia de Jaén reveló que el 74% de los casos atendidos por violencia doméstica en las urgencias correspondían a mujeres que fueron maltratadas por su pareja, el 3% las víctimas eran ancianos y el 9% menores. El tipo de agresión más registrada fue la física (55,2%) y después la combinación de física y psicológica (32,8%) (Fernández Romero, Espino Pérez, Aguilera Peña, Pablo Vázquez, Galán Doval, y Recio Ramírez, 2008).

En otro estudio realizado en Sabadell se analizaron los casos atendidos por violencia de género en las urgencias hospitalarias y se segregaron las mujeres que después fueron vistas en consulta ambulatoria de salud mental. Sólo el 51,1% de estas mujeres tenían explícitamente en su historia clínica registrada la violencia de género padecida y de éstas sólo en el 15,2% se refleja un abordaje específico para la violencia (Cobo, Muñoz, Martos, Carmona, Pérez, Cirici *et al.*, 2010) En este sentido en distintos estudios se constata que existe una baja capacidad de detección del maltrato en las mujeres por parte de profesionales del ámbito sanitario, situándola entre el 5% y el 15% los casos detectados (Alonso, Herrero Velázquez, Buitrago Ramírez, Ciurana Misol, Chocron Bentata, García Campayo *et al.*, 2003; Castillo, López, Huertas, Urbano, Gallo y Molina, 2002; Coll-Vinent, Echeverría, Farrás, Rodríguez, Millá, 2008; Gracia y Lila, 2008; Posner, Eilenberg, Harkavy Friedman, y Fullilove, 2008; Vives *et al.*, 2005).

Con datos de centros de salud de primaria de California solo al 10% de las nuevas pacientes y al 14 % de las mujeres en consultas rutinarias o reconocimientos periódicos se les preguntaba si sufrían malos tratos. Este porcentaje se elevaba hasta el 70% cuando el motivo de consulta eran lesiones (Rodríguez, Bauer, McLoughlin y Grumbach, 1999). En un investigación realizada en centros de salud mental en Madrid solo se registraron por los profesionales el 8,2% de los casos de violencia de pareja (Polo, 2001).

3.2.3 Datos de violencia contra la mujer procedentes de Instituciones y Organismos

Otras fuentes de información relacionadas con la violencia que sufren las mujeres son los datos procedentes de registros y estadísticas oficiales de los Órganos de Justicia, Fuerzas de Seguridad del Estado, Observatorios de la Violencia, etc. En este apartado no aparecen datos sobre prevalencia de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja sino otras informaciones que dan cuenta de la enorme dimensión del problema.

Mujeres asesinadas por su pareja

Según Naciones Unidas la mitad de las mujeres que mueren por homicidio son asesinadas por sus esposos o parejas actuales o anteriores (ONU Mujeres, 2011).

En el III Informe Internacional sobre Violencia contra la mujer en la pareja del Centro Reina Sofía-Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia sobre datos del 2006 en 35 países la media de mujeres muertas a manos de pareja o ex pareja en el mundo es de 5,04 por millón de mujeres mayores de 14 años. Las tasa más altas se dan en Puerto Rico (14,10 por millón de mujeres), Chipre (12,37), Austria (9,4), Finlandia (9,35) y Honduras (9,14). España con 2,81 se sitúa en el puesto 24 de los 35 países analizados.

En América la clasificación de los 9 países analizados en el informe del Centro Reina Sofía, sobre mujeres muertas a manos de su pareja por millón de mujeres mayores de 14 años sería:

- 1º- Puerto Rico: 14,10
- 2º- Honduras: 9,14
- 3º- EE.UU.: 8,36
- 4º- Paraguay: 8,2
- 5º- Costa Rica: 7,91
- 6º- Panamá: 7,87
- 7º- Colombia: 6,52
- 8ª- Nicaragua: 6,39
- 9ª- Canadá: 4,89

En el entorno europeo, con datos de 24 países, los puestos más altos lo ocupan:

- 1º- Chipre: 12,37
- 2º- Austria: 9,4
- 3º- Finlandia: 9,35
- 4º- República Checa: 8,15
- 5º- Croacia: 7,14
- 6º- Estonia: 6,38
- 7º- Hungría: 5,95
- 8º- Francia: 5,22
- 9º- Luxemburgo: 5,09
- 10º- Inglaterra y Gales: 4,2

Cinco países europeos de los 24 analizados reportaron cifras de 0 casos (Andorra, Islandia, Liechtenstein, Malta y Mónaco). España (2,81) ocuparía el puesto 14 de 24 países analizados en Europa.

Por continentes América duplica a Europa y Oceanía en la tasa de mujeres asesinadas por su pareja en 2006: 8,15 en América frente a 3,94 de Europa y 4,23 de Oceanía (Sanmartín, Iborra, García y Martínez, 2010).

En la tabla 5 se presenta el número de mujeres víctimas de violencia de género según datos de Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2011b).

Tabla 5. Mujeres víctimas de la violencia de género en España

(Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad)

Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº víctimas	71	72	57	69	71	76	56	73	54 *

(*) A fecha 21 de noviembre de 2011

En la tabla 6 se reflejan las mujeres asesinadas por su pareja o ex parejas masculinas según datos del Consejo General del Poder Judicial provenientes de instrucciones judiciales (Observatorio contra la violencia doméstica y de género, 2011b).

Tabla 6. Mujeres asesinadas por su pareja o ex pareja en España

(Fuente: Consejo General del Poder Judicial)

Año	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Nº víctimas	52	65	69	52	72	74	75	55	73

Respecto a las víctimas que se produjeron en 2010 el 63 % era de nacionalidad española, casi el 30% de edad comprendida entre los 31 y 40 años, con convivencia con su pareja en el 63% de los casos y su agresor fue la actual pareja en el 61,6% de las mujeres.

El 17,8 % de estas mujeres tenían alguna medida de protección en vigor en el momento del asesinato y el 30,1% habían denunciado previamente la situación de maltrato aunque en 4 casos retiraron la denuncia.

El agresor era español mayoritariamente (60,3%) y se constató suicidio consumado en el 16,4% de los agresores e intento de suicidio en el 21,9%.

Denuncias

Las denuncias presentadas por mujeres cuando son víctimas de violencia puede ser otra perspectiva desde la que observar este fenómeno. Evidentemente las denuncias pueden ser un indicador de la penetración de la violencia contra la mujer en una sociedad pero a la hora que interpretar los datos habría que considerar el sistema judicial, las facilidades de la mujer para poner la denuncia, las alternativas para poder salir de la situación de violencia, las medidas de protección disponibles y su eficacia, etc. Algunos expertos estiman que solo se denuncia entre el 10% y el 30% de las agresiones en el ámbito doméstico (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria rebaja esta cifra hasta el 5%-10% de mujeres víctimas que denuncian (Ministerio de Sanidad y Consumo y Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), 2003).

En la tabla 7 se presentan las denuncias por violencia de género en los últimos 4 años según la delegación del Gobierno para la Violencia de Género (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2011a)

Tabla 7. Denuncias por violencia de género

(Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad)

Año	2007	2008	2009	2010
Denuncias	126.293	142.125	135.540	134.105

Teniendo en cuenta que a 1 de Enero de 2011 la población femenina de 15 o más años en España era de 20.486.895, se obtiene una tasa de 6,5 denuncias por cada 1000 mujeres en 2010.

En 2010 se presentaron 15.907 renuncias al proceso que suponen el 11,86% de las denuncias interpuestas. De las denuncias presentadas, el 28% conllevaron órdenes de protección para la mujer (Observatorio contra la violencia doméstica y de género, 2011a)

Llamadas al servicio de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género 016

El 016 es un servicio telefónico puesto en marcha en Septiembre de 2007 para garantizar el derecho a información y asesoramiento ante situaciones de violencia de género con cobertura en todo el territorio nacional. En el último informe mensual estadístico sobre violencia de género publicado se constata un uso del servicio del 016 de 5.298 llamadas en octubre de 2010, con una media de 171 llamadas al día. Cifra algo inferior a la media desde su puesta en funcionamiento hace 3 años (septiembre 2007-Octubre 2010) que fue de 186 llamadas/día. En el 76,4% de los casos las llamadas las efectúa la propia mujer víctima de la violencia, el 20,95% las realizan familiares o amigos y el 2,7% profesionales y entidades públicas y privadas. De las mujeres que han especificado el tipo de maltrato, el 53,7% manifiesta haber sufrido maltrato psicológico, el 6,0% maltrato físico y el 40,3% manifiesta haber sufrido ambos maltratos, aunque como se señala en el informe es cuestionable que el maltrato físico no lleve aparejado también maltrato psicológico (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2010).

Usuaris del servicio telefónico de atención y protección para víctimas de violencia de género (ATENPRO)

ATENPRO es un servicio de atención telefónica móvil para mujeres víctimas de violencia de género con medidas de protección o alejamiento, que ofrece una atención inmediata, ante las eventualidades que les puedan sobrevenir, las 24 horas del día, los 365 días del año y sea cual sea el lugar en que se encuentren. Además, ante situaciones de emergencia, el personal del Servicio está preparado para dar una respuesta adecuada a la crisis planteada, bien por sí mismos/as o movilizando otros recursos humanos y materiales.

Desde su puesta en funcionamiento en 2005 hasta el 31 de mayo de 2011 ha habido 35.788 usuarias del servicio, manteniéndose de alta en el servicio a esa fecha 9.381 mujeres (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2011a).

3.3 Datos sobre violencia contra la mujer con trastorno mental grave

Violencia contra la mujer y discapacidad

La mujer con un trastorno mental grave está en riesgo de sufrir una triple discriminación, por ser mujer, por ser discapacitada y además por padecer una discapacidad mental que como es sabido tienen asociado una mayor estigma y rechazo que otro tipo de discapacidades (Szeli y Pallaska, 2004).

Según la OMS discapacidad es un término genérico que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones sociales. En el dominio de las deficiencias éstas pueden estar relacionadas con funciones y estructuras corporales: sistema nervioso central o funciones mentales, estructuras y funciones relacionadas con el movimiento, sensoriales, etc. (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2001). Por tanto cuando se habla de discapacidad en general ésta se puede referir a condiciones mentales o físicas. A continuación se comentarán algunos estudios referidos a la violencia que sufre la mujer con discapacidad.

Las investigaciones y estudios publicados sobre violencia contra mujeres con discapacidad constata que ésta tiene casi el doble de riesgo de ser víctima de actos violentos que la mujer sin discapacidad (Barrett et al., 2009; Smith, 2008). Por ejemplo, sobre una muestra apareada según factores de riesgo de 7.027 mujeres canadienses se encontró que en un periodo de 5 años las mujeres con discapacidad tenían un 40% más de probabilidades de sufrir violencia que mujeres de población general sin discapacidad. La violencia comparada se refería a amenazas de agresión física, agresiones sexuales y agresiones físicas (empujones, bofetadas,

intentos de estrangulación, derribos, patadas, golpes, arrojar objetos y amenazas y/o uso de armas) (Brownridge, 2006).

Este mayor riesgo también se constata cuando se analiza dentro de los actos violentos los relacionados con la violencia por parte de la pareja. En un estudio donde se explotaron los datos de la encuesta contra la violencia de la mujer realizada en U.S.A. en 1995-96, contrastando la muestra de mujeres con discapacidad con las que no la tenían, se constata que se multiplicaba por cuatro el riesgo de sufrir abuso sexual y también se incrementaba hasta 1,6 veces el riesgo de sufrir violencia física (Casteel, Martin, Smith, Gurka y Kupper, 2008). Una investigación similar sobre la encuesta poblacional canadiense de 1999 constata también una mayor frecuencia de violencia hacia la mujer con discapacidad frente a la no discapacitada en los 5 años previos por parte de la pareja/ex pareja. Esta diferencia se muestra significativa ($p < 0,0001$) en los cuatro tipos de violencia analizada: física (11,9% vs. 7,8%), sexual (3,5% vs. 1,4%), emocional (27,1% vs. 17,7%) y económica (7,5% vs. 3,4%). Estas diferencias también se replican cuando la muestra comparada fue entre hombre con discapacidad versus hombres sin discapacidad. De igual forma la proporción de mujeres víctimas de violencia siempre se mostró mayor que la de los hombres en cada tipo de violencia y en cada subgrupo con discapacidad y sin discapacidad (Cohen, Forte, Du Mont, Hyman y Romans, 2006).

Con datos de encuestas poblacionales de EE.UU. más recientes (año 2006 y muestra de 23.154 mujeres) se encontraron prevalencias de violencia de pareja en mujeres con discapacidad del 33,2% a lo largo de la vida frente al 21,2% de mujeres sin discapacidad (Barrett et al., 2009).

En nuestro entorno hay escasos estudios que aborden el tema de la violencia contra la mujer con discapacidad. Entre éstos se puede destacar la investigación realizada en Castilla La Mancha sobre una encuesta a 211 mujeres con discapacidad. La composición de la muestra está dominada por las mujeres con discapacidad física (64,4%), seguida por las discapacidades mixtas (12%), sensorial (9,8%) y psíquica

(8%). El 22,4% reconocen haber sufrido algún acto de violencia, siendo la más frecuente la violencia psicológica (56,5%), después la violencia física en el 37% de las mujeres y la sexual en el 2,2%. El ámbito más común del maltrato es la vivienda propia (37,8%) aunque el estudio no determina si ésta proviene de un familiar o de su pareja (Meseguer y Mondejar, 2010).

Victimización en personas con trastornos mentales

Existen numerosos estudios que concluyen que las personas con un trastorno mental tienen una alta prevalencia e incidencia de ser víctimas de actos violentos y crímenes (robos, palizas, agresiones físicas, violaciones, etc.) por parte de otras personas, tanto familiares como personas ajenas a la familia. Algunos estudios, especialmente en EE.UU., comparan la probabilidad de ser víctima de actos violentos en población general y en población con trastornos mentales llegando a la conclusión que estos últimos tienen una mayor probabilidad de ser víctimas de actos criminales y violentos que la población general (Hiday, Swartz, Swanson, Borum y Wagner, 2002; Lam y Rosenheck, 1998; Silver, 2002; Silver, Arseneault, Langley, Caspi y Moffitt, 2005). Algunas investigaciones sitúan este mayor riesgo en el 2,5 (Hiday, Swartz, Swanson, Borum y Wagner, 1999) y otros lo elevan hasta 11 veces (Hodgins, Alderton, Cree, Aboud y Mak, 2007). Dependiendo del tipo de crimen sufrido por la persona con trastorno mental grave la probabilidad se incrementa entre 6 y 23 veces respecto a población general. Por ejemplo la probabilidad de sufrir agresiones violentas es 13,5 veces mayor; violación 22,5; robo 7,9; atraco 15 veces (Teplin, McClelland, Abram y Weiner, 2005).

Esta probabilidad se incrementa aún más en el caso que la persona con una enfermedad mental presente alguna de las siguientes características (Brekke, Prindle, Bae y Long, 2001; Brunette y Drake, 1997; Cole, 1988; Chapple, Chant, Nolan, Cardy, Whiteford y McGrath, 2004; Maniglio, 2009; McFarlane, Schrader, Bookless y Browne, 2006; Muenzenmaier, Struening, Ferber y Meyer, 1993; Silver,

Mulvey y Monahan, 1999; Walsh, Moran, Scott, McKenzie, Burns, Creed *et al.*, 2003; White, Chafetz, Collins-Bride y Nickens, 2006):

- diagnóstico psiquiátrico grave, especialmente psicosis
- sexo mujer
- sin hogar
- situación de pobreza
- consumo sustancias tóxicas y/o alcohol
- sintomatología grave
- un funcionamiento social empobrecido
- comorbilidad de trastorno de la personalidad
- haber estado implicado en actividades violentas previamente
- haber sufrido abuso físico y/o sexual en la infancia

Choe, Teplin y Abram (2008) publican una revisión sistemática sobre actos violentos cometidos y sufridos por personas con enfermedad mental grave. Incluyen en su revisión trabajos con los siguientes criterios: investigaciones empíricas de prevalencia e incidencia, realizadas en EE.UU. y publicadas desde 1990. Seleccionan 31 estudios sobre violencia cometida y 10 sobre violencia recibida. Los principales resultados y conclusiones fueron:

- los pacientes hospitalizados tenían mayor prevalencia de perpetración de delitos, entre el 17% y el 50%, que los pacientes ambulatorios,
- entre el 2% y el 13% de los pacientes ambulatorios habían cometido algún acto violento entre 6 meses y 3 años previos, y en cambio entre el 20% y el 34% de estos pacientes habían sido víctimas de actos violentos,
- la mayor prevalencia de actos delictivos cometidos por personas con trastorno mental grave respecto a población general presentan un sesgo de muestra al estar realizadas la mayoría de las investigaciones en pacientes hospitalizados (con tasas más altas de delitos cometidos), siendo las personas con trastorno mental grave ingresadas minoría respecto a las que viven en la comunidad,

- las personas con trastorno mental grave (hospitalizadas o no) tienen más riesgo de ser víctimas de actos violentos que la población general.

Goodman, Rosenberg, Mueser y Drake (1997a) publicaron otra revisión sistemática pero centrada exclusivamente en mujeres con trastorno mental grave víctimas de abuso físico y/o sexual. Concluye que entre el 51% y el 97% de las mujeres estudiadas refieren haber sufrido algún acto de violencia sexual o física a lo largo de la vida. Sólo dos de los trece estudios revisados especifican que dichos actos violentos fueron cometidos por la pareja de la mujer.

Con muestras exclusivamente de mujeres diagnósticas de esquizofrenia o trastorno bipolar la prevalencia de violación en la edad adulta fue del 23% según un estudio realizado en Francia en 1995 con 66 pacientes ambulatorias o ingresadas en servicios psiquiátricos. La mitad de las mujeres que habían sido víctimas alguna vez de violación la sufrieron dentro del entorno familiar (Darves-Bornoz, Lempérière, Degiovanni y Gaillard, 1995).

Weinhardt, Bickham y Carey (1999) realizaron una revisión de la literatura sobre abuso sexual en mujeres con trastorno mental grave y señalan el gran riesgo que tiene esta población de sufrir abuso sexuales y por tanto de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. En base a los estudios revisados establecen una prevalencia global de sufrir abuso sexual en edad adulta del 76%.

Personas con esquizofrenia que viven en la comunidad tienen 14 veces más riesgo de ser víctima de violencia que de ser arrestado como perpetrador de actos violentos (Wehring y Carpenter, 2011).

Una revisión sistemática sobre trastorno mental grave y victimización criminal publicada en 2009 analiza 9 estudios publicados entre 1966 y 2007 que cumplen los requisitos metodológicos establecidos por el autor (Maniglio, 2009). Sobre una muestra total de 5195 pacientes se encuentran prevalencias entre el 4,3% y el 35,04% de victimización criminal. La probabilidad de ser víctimas respecto a la

población general es entre 2,3 y 140,4 veces superior. Esta llamativa alta probabilidad de 140,4 aparece sólo en un estudio primario realizado en EE.UU. y se refiere a robo personal (Teplin et al., 2005). Sin considerar ese dato el resto de las revisiones sitúan el riesgo de victimización en personas con trastorno mental grave entre 2,3 y 16 veces mayor que en población general.

Centrado exclusivamente en países europeos se ha publicado recientemente una tesis doctoral en Suecia que entre otros temas revisa los estudios sobre victimización en pacientes psiquiátricos (Sturup, 2011). Sobre 14 estudios primarios publicados entre 1997 y 2008 se encuentran unas proporciones de pacientes psiquiátricos víctimas de actos violentos entre el 2% y el 44% que contrasta con el 2% y el 4,8% de la población general. Los diferentes estudios muestran una probabilidad entre 1,3 y 11 veces mayor en pacientes psiquiátricos de ser víctimas de actos violentos que la población general.

Señalar que también parece frecuente una coincidencia entre ser víctima y perpetrador de actos violentos en personas con trastornos mentales. Así en un estudio publicado recientemente se observó que sobre una muestra de 826 pacientes en EE.UU. el 13% había cometido algún acto de violencia en las 10 semanas posteriores al alta, un 19% había sido víctima y el 5,6% había cometido y sufrido actos violentos (Silver, Piquero, Jennings, Piquero y Leiber, 2011).

Recientemente también se ha publicado una revisión sistemática que intenta estudiar desde una perspectiva de género los abundantes estudios sobre victimización en personas con trastorno mental grave (Khalifeh y Dean, 2010). Revisan once artículos publicados en los que se aportaron datos diferenciados por sexo. Ajustando las diferentes muestras y a pesar de las dificultades para comparar los diferentes estudios, los autores señalan que 6 estudios no aportan diferencias significativas en mayor victimización en función del género, 3 estudios encuentran más riesgo en hombres y un estudio en mujeres (el estudio restante no aporta datos que permiten establecer el riesgo). A falta de resultados concluyentes los autores afirman que el gran peso que el género juega en población general, donde los

hombres aparecen sistemáticamente con un mayor riesgo de sufrir agresiones físicas o violencia general que las mujeres, cobra menos importancia en personas con trastorno mental donde las mujeres igualan y a veces superan a los hombres como víctimas de violencia físicas.

En conclusión se podría afirmar que las personas con un trastorno mental son frecuentemente víctimas de actos violentos y que la probabilidad de ser víctima es mayor en este colectivo que en población general. Estas conclusiones han sido replicadas en diferentes muestras de diversos países y contextos asistenciales y sitúan entre el 15-45% las personas con trastorno mental grave que han sido víctimas en el último año y entre el 40% y el 90% que lo han sido a lo largo de la vida (Khalifeh y Dean, 2010). En cuanto a la influencia del género existe menos consenso en la literatura respecto a que la mujer con trastorno mental tiene un riesgo incrementado de victimización respecto al hombre. En población general el hombre es más proclive a ser víctima de actos violentos físicos fuera del hogar que la mujer pero en el entorno doméstico dicha relación se invierte y la mujer presenta más riesgo de agresiones físicas. En población con trastorno mental esas diferencias de género se hacen menos evidentes y las mujeres presentan un riesgo similar o mayor que los hombres de ser víctimas de violencia física en cualquier contexto. La mujer, tanto en población general como en población psiquiátrica, sí presenta consistentemente más riesgo de sufrir agresiones psicológicas y sexuales que el hombre en cualquier ámbito.

La victimización en personas con trastornos mentales y los factores de riesgo que la hacen más probable y repetida (victimización previa, consumo de drogas, exclusión social, comorbilidad/gravedad de los síntomas, etc.) es un tema lo suficientemente importante como para, en primer lugar, se le preste más atención y estudio, y en segundo lugar sea tenido en cuenta en la prevención y el tratamiento (Loinaz, Echeburúa y Irureta, 2011).

Violencia contra la mujer con otros problemas de salud mental

En personas con trastorno límite de la personalidad Zanarini, Frankenburg, Reich, Marino, Haynes y Gunderson (1999) realizaron un estudio sobre 362 personas entrevistadas en una unidad de hospitalización de Massachussets (EE.UU.). El 46% de estas personas habían sufrido algún tipo de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida posterior a los 18 años. Por sexos la prevalencia era significativamente más alta en mujeres (50%) que en hombres (26%). Las variables detectadas de riesgo para sufrir violencia en adultos con trastornos límite de la personalidad eran: ser mujer, abuso de sustancia, abuso sexual en la infancia y desapego emocional por el cuidador en la infancia.

En población consumidora de drogas, con o sin trastorno mental asociado, también se constata una prevalencia alta de violencia por parte de la pareja (El-Bassel, Gilbert, Wu, Go y Hill, 2005; McHugo, Kammerer, Jackson, Markoff, Gatz, Larson *et al.*, 2005a; McHugo, Caspi, Kammerer, Mazelis, Jackson, Russell *et al.*, 2005b; Ouimette, Kimerling, Shaw y Moos, 2000). Por ejemplo en un estudio con 58 mujeres dependientes de sustancias y con un diagnóstico asociado de trastorno por estrés postraumático encontraron prevalencias de violencia física perpetrada por la pareja del 65,5% a lo largo de la vida y del 50% en el último año; abuso sexual en el 56,9% de las mujeres a lo largo de la vida y en el 44,8% en el último año y violencia psicológica en el 89,6% a lo largo de la vida y en el 86,2% en los últimos doce meses (Najavits *et al.*, 2004).

En nuestro contexto y sobre mujeres atendidas en el Centro de Atención a Drogodependientes de Villaverde (Madrid) se constató que el 53,1% de las mujeres entrevistadas y con pareja actual (n=49) habían sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja en el último año. De estas mujeres, la violencia psicológica estaba presente en el 96,2% de los casos, la física en el 53,8% y la sexual en el 11,5%. Respecto a la violencia sufrida a lo largo de la vida (n=73) el 91,8% ha sufrido algún tipo de violencia por parte de familiares, parejas u otras personas (el 84,9% violencia

psicológica, el 79,5% violencia física y el 50,07% violencia sexual) (Díaz-Salazar, López y Orozco, 2011).

Prevalencias más altas que en población general también se comprueban en mujeres diagnósticas con otro tipo de problemas de salud mental: depresión mayor, trastornos obsesivos compulsivos, ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, etc. (Dienemann, Boyle, Baker, Resnick, Wiederhorn y Campbell, 2000; Fischbach y Herbert, 1997; Ludermir, Schraiber, D'Oliveira, França-Junior y Jansen, 2008; Saliou et al., 2005; Stein y Kennedy, 2001; Weingourt, 1990).

Violencia contra la mujer con un trastorno mental grave por su pareja

Las investigaciones y estudios sobre la violencia que sufren las mujeres con un trastorno mental grave por su pareja son escasos. Los datos y conclusiones deben ser comparados con ciertas precauciones ya que:

- se utilizan muestras no homogéneas o en muchos casos no se especifican los diagnósticos en el estudio,
- se aplican diferentes instrumentos de medición de la violencia,
- se usan diferentes métodos de medición: entrevistas, cuestionarios autoadministrados, etc.,
- se estudian diferentes tipos de violencia y no están consensuados los criterios de caso.

Aun así los datos de los estudios publicados son bastante coincidentes y revelan una alta prevalencia de violencia hacia la mujer con trastorno mental grave por parte de su pareja o ex parejas. Se presentan a continuación una revisión de estudios publicados sobre violencia doméstica sufrida por mujeres con trastorno mental. Se ha realizado búsquedas en las principales bases de datos en busca de estudios primarios sin restricción de lengua, ni fecha de publicación y que combinaran descriptores relacionados con violencia de pareja en mujeres con trastorno mental. Las principales bases de datos consultadas fueron Medline, ERIC (Ebsco),

Eric(Ovid), Acedemic Search Premier, ISOC(CSIC), PsycINFO, LISA (Library and Information Science Abstracts), Web of Science (ISI), DIALNET, ICYT (CSIC) y IME (CSIC). También se realizaron búsquedas en tesis doctorales y proyectos a través de las bases de datos ABI/INFORM, BIOSIS Previews (ISI), DIALNET, INSPEC, Scirus y Web of Science (ISI). Se localizaron también estudios primarios referenciados en otros trabajos o en revisiones sistemáticas. A continuación se presenta una breve reseña de los artículos que cumplían con los requisitos de la búsqueda ordenados según fecha de publicación.

Al final de este apartado se presenta una tabla con una selección de investigaciones que pueden ser de utilidad para la comparación de resultados con nuestro estudio. Esta selección estaría compuesta por trabajos que estudian la prevalencia y características de la violencia cuyo agresor es la pareja o ex parejas, y que la sufren mujeres con un trastorno mental grave.

Hilberman y Munson (1977) publican uno de los primeros artículos que apuntan hacia la violencia de pareja sufrida por mujeres con enfermedad mental. Como las autoras señalan en su escrito no se trata de un estudio preconcebido sobre mujeres maltratadas sino que es fruto de la constatación del día a día en que la mitad de las mujeres derivadas a una clínica rural de Chapel Hill- Carolina del Norte (EE.UU.) para evaluación psiquiátrica presentaban una historia de violencia marital que podía explicar muchos de los síntomas y problemas psiquiátricos de las mujeres atendidas. En un periodo de un año fueron 60 las mujeres que habían sido maltratadas por sus parejas, el 50% de las mujeres derivadas a la clínica. A través de entrevistas y revisión de historias clínicas relatan los factores que pueden originar la violencia de pareja, la historia de violencia, la asociación de la violencia con el consumo de alcohol, las respuestas psicológicas de las víctimas y consideraciones sobre el tratamiento de estas mujeres. Aunque según este trabajo se podría sugerir una prevalencia del 50% de violencia física a lo largo de la vida, este dato hay que tomarlo con cierta precaución ya que metodológicamente presenta graves deficiencias. Aún así Friedman y Loue (2007) incluyeron este trabajo en su revisión sistemática sobre violencia de pareja en trastorno mental que comentaremos más adelante.

Uno de los primeros estudios específicos sobre violencia contra personas con trastorno mental fue realizado en el hospital psiquiátrico de Colorado (EEUU) con pacientes adultos ingresados. La muestra estaba compuesta de 60 pacientes, 38 mujeres y 22 hombres, que fueron evaluados a través de una entrevista estructurada. No se describen los diagnósticos de la muestra ni los criterios de selección aunque se supone que la muestra estaría compuesta principalmente por trastorno mental grave al ser extraída de un hospital psiquiátrico. El 50% de las mujeres habían sufrido violencia física en el contexto de una relación íntima. En contraste, el 14% de los hombres había sufrido agresiones físicas por parte de sus parejas o ex parejas (Post, Willett, Franks, House, Back y Weissberg, 1980).

En 1984 se publicó otro estudio pionero realizado en Carolina del Norte (EE.UU) (Carmen, Rieker y Mills, 1984). La muestra estaba compuesta por 188 personas dadas de alta de la unidad de psiquiatría de un hospital universitario: 123 mujeres y 65 hombres. Los diagnósticos principales fueron desordenes afectivos un 51%, psicosis un 18%, trastornos de personalidad 13% y otros diagnósticos el 18%. En la muestra se incluyen también adolescentes. Se hace una revisión de las historias clínicas y los informes de alta, detectándose que el 53% de las mujeres han sufrido agresiones físicas y/o sexuales a lo largo de su vida. En este porcentaje los autores incluyen abuso en la infancia. En el 51% de los casos las agresiones provenían del marido o ex marido. El 34% de las mujeres sufrieron violencia calificada por los autores como grave.

Herman publica en 1986 las conclusiones de un estudio que consistía en revisar la presencia o ausencia de anotaciones sobre victimización física o sexual en la historia clínica de los pacientes. La muestra estaba compuesta por 190 pacientes (105 mujeres y 85 hombres) de una clínica psiquiátrica de consultas ambulatorias en Cambridge (EE.UU.). No se especifican los diagnósticos de los pacientes. Entre los resultados aportados se señala que entre las mujeres que han estado alguna vez casadas el 23% fue golpeada por su marido. Otros resultados que aporta es que el 22% de toda la muestra ha tenido al menos una experiencia de agresión física o

sexual, y en el caso de las mujeres una tercera parte de ellas ha tenido al menos una experiencia de victimización (Herman, 1986).

Otro estudio sobre violencia contra mujeres con trastorno mental fue el realizado en Wellesley, Massachusetts (EE.UU.) por Bryer, Nelson, Miller y Krol (1987). De una muestra inicial de 172 mujeres ingresadas en un hospital privado, 68 accedieron a participar en el estudio. Completaron el cuestionario autoadministrado creado por los autores 66 mujeres. No se detallan los diagnósticos de la muestra. Obtuvieron que el 58% de las mujeres habían sufrido abuso sexual y/o físico en algún momento de la vida adulta. Este dato global se desglosa en las siguientes prevalencias: 14% había sufrido exclusivamente violencia sexual, el 24% violencia física y el 20% de las mujeres habían sufrido los dos tipos de violencia. Respecto al perpetrador de la violencia observaron que en el caso de la violencia sexual el 27% de los casos era un miembro de su familia nuclear y en el caso de la violencia física el 58,6% era su pareja.

Con una muestra de pacientes ingresados en Hospital Universitario de Seattle (EE.UU.) se realizó un estudio sobre las experiencias de agresiones físicas y sexuales sufridas a lo largo de la vida. De las 237 personas ingresadas se seleccionaron a 100 personas: 50 mujeres y 50 hombres. No se definen los criterios de selección. Se aplicó una entrevista estructurada adaptando algunas preguntas del *Conflict Tactics Scale* para violencia física. El 32% de los pacientes padecían trastornos afectivos, el 29% esquizofrenia y otras psicosis, el 17% trastorno de la personalidad y abuso de sustancias y el restante 22% tenía otros diagnósticos (anorexia, neurosis, etc.). El resultado global de la investigación constató que el 81% de la muestra había sufrido agresiones físicas y/o sexuales en algún momento de su vida incluida la infancia. Respecto al grupo de las mujeres, un 64% había sufrido abuso físico en la edad adulta (sólo o combinado con otros tipos de violencia) y un 38% abuso sexual. Un 67% de las mujeres habían sufrido ambos tipo de abuso. La violencia sexual en mujeres se mostró significativamente más alta que en hombres que fue del 4%. No se especifica en el estudio la proporción de agresiones que corresponden a parejas o ex parejas (Jacobson y Richardson, 1987). Uno de los

autores de este estudio publica posteriormente un trabajo similar pero con 31 pacientes ambulatorios que acuden por primera vez a consulta en un centro médico de Búfalo (EE.UU.). Se excluyeron del estudio pacientes con esquizofrenia crónica en tratamiento y también a personas que sólo acudían a tratamiento farmacológico. La muestra estaba compuesta inicialmente por 123 personas de las que 50 fueron excluidas por recomendación de su terapeuta quedando al final 31 personas que decidieron participar en el estudio: 26 mujeres y 5 hombres. El 36% de los pacientes padecían trastornos afectivos, el 8,26% trastorno de la personalidad y abuso de sustancias, el 16,6% trastornos adaptativos, el 2,7% problemas matrimoniales y el resto presentaban una variedad de otros diagnósticos. Se utiliza la misma entrevista que en el estudio con pacientes ingresados y se comprueba que el 68% habían sufrido violencia física y/o sexual en algún momento de la vida incluida la niñez. En la edad adulta se observa que el 42% de las mujeres entrevistadas había sufrido violencia física y el 38% violencia sexual (Jacobson, 1989).

En Carolina del Norte (EE.UU.) se realizó otro estudio con pacientes dados de alta en tres unidades de hospitalización psiquiátrica. Se aplicó un cuestionario diseñado por la autora que evaluaba incesto, violación en el matrimonio, abuso sexual extra familiar, abuso físico en la infancia y en la edad adulta y ser testigo de violencia familiar de niño y/o de adulto. La muestra estaba compuesta por 406 pacientes, el 63% mujeres y el 37% hombres. No se especifican los diagnósticos ni tampoco el porcentaje de aceptación de las personas para participar en el estudio. Algunos resultados referidos a mujeres que se obtuvieron fueron que entre el 54,3% y el 62,4% habían sufrido algún tipo de abuso en algún momento de su vida. Por ejemplo, entre el 12,1% y el 21,4% de las mujeres habían sufrido violación por parte de su pareja; abuso físico entre el 32% y el 42,4% de las mujeres pero no especifica la autora quien ha sido el perpetrador. Casi una tercera parte de las mujeres (32,7%) había sufrido múltiples tipos de abuso. Como era esperable se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos: las mujeres sufrían más violencia que los hombres en cualquier tipo de violencia excepto en abuso físico en la infancia y en ser testigo de violencia familiar en la edad adulta (en ambos casos

proporciones mayores en mujeres que en hombres pero no significativas las diferencias) (Cole, 1988)

Sobre población de raza negra atendida en un servicio de salud mental comunitario de Chicago (EE.UU.), Bell, Taylor-Crawford, Jenkins y Chalmers (1988) realizan un estudio para avalar la necesidad de detectar la violencia sufrida por personas con enfermedad mental. Se aplica un instrumento de cribado creado por los autores a 343 pacientes mayores de 18 años, 123 hombres y 220 mujeres. No se especifican los diagnósticos. Los principales resultados obtenidos muestran que el 18,1% de las mujeres del estudio han sido víctimas de violencia física en algún momento de su vida, víctimas de agresión sexual el 10,9% y víctimas de ambos tipos de violencia el 21,3%. Globalmente se obtiene que el 50,4% de las mujeres han sido agredidas sexual o físicamente en alguno momento de su vida. No se especifica el agresor por lo que no se puede atribuir a la pareja de la mujer toda la violencia sufrida por ésta ya que se contabilizan otros actos de violencia sufrida fuera del ámbito de la relación íntima de pareja.

En Toronto (Canadá) se realizó una investigación para determinar la prevalencia del abuso físico de pareja cometido y recibido por pacientes psiquiátricos. Se aplicó la escala *Conflict Tactic Scales-CTS* a una muestra de 25 hombres y 25 mujeres ingresados en dos unidades de psiquiatría de hospitales en Toronto. Además de la violencia física se incluyeron preguntas sobre abuso sexual. Los diagnósticos principales fueron de depresión mayor en 14 personas, trastorno bipolar en 12, trastorno paranoide en 7, esquizofrenia en 5 y el resto lo componían pacientes diagnosticados de abuso de sustancias (3), trastornos de adaptación (2), alcoholismo (1), trastorno esquizofreniforme (1), otros trastornos psicóticos (1) y sin diagnóstico especificado (4). El 76% de la muestra tenía historia de abuso físico con la pareja, bien como agresor o como víctima. Se constató que también el 76% de las mujeres habían sido víctimas de violencia física por parte de sus parejas frente al 48% de los hombres. El 36% de las mujeres habían sido forzadas a tener relaciones sexuales por parte de sus parejas (Hoffman y Toner, 1988).

Con el objetivo de evaluar la prevalencia y características de las agresiones físicas sufridas por mujeres con un trastorno psiquiátrico a manos de sus maridos Carlile reclutó una muestra de 152 mujeres casadas. La muestra estaba dividida en dos grupos: 88 mujeres casadas que fueron vistas consecutivamente en un servicio de psiquiatría ambulatorio y 64 ingresadas en una unidad psiquiátrica de agudos. El estudio se realizó en Durban (Sudáfrica). En el estudio sólo se detallan los diagnósticos correspondientes a las 64 mujeres ingresadas: 60% trastornos afectivos, 20% esquizofrenias y 20% trastornos de personalidad, de ansiedad o somatoformes. Se realiza una entrevista con cada paciente y se aplica un cuestionario creado por la autora en el que se evalúan las agresiones físicas por parte de sus maridos. El 49% de las 152 pacientes habían sufrido alguna vez agresiones físicas en el matrimonio. Otros datos interesantes aportados por este estudio es que en el 31% de los casos las agresiones tenían una frecuencia semanal y en el 26% mensual; que en el 50% de las ocasiones se requirió tratamiento médico de la mujer y que se produce un incremento en la incidencia de agresiones la semana previa al ingreso psiquiátrico hospitalario (Carlile, 1991).

En un interesante trabajo diseñado para estudiar la relación entre acontecimientos o problemas vitales y diferentes diagnósticos psiquiátricos Yellowless y Kaushik (1994) llevaron a cabo un estudio en Greenacres (Australia). La muestra estaba compuesta por 707 atenciones consecutivas realizadas en la mayoría de los casos en servicios psiquiátricos comunitarios aunque también se incluyeron personas ingresadas y en prisión. Excluidos los menores de 16 años la muestra final quedó compuesta por 567 pacientes. No se detallan la proporción de hombres y mujeres ni los diagnósticos aunque en el artículo los autores ofrecen resultado por diagnósticos y sexo. Tampoco se detalla el procedimiento por el que se recabaron los datos. Los resultados que aportan y tiene relación con nuestro estudio muestran que el 20% de las mujeres incluidas en el grupo diagnóstico de psicosis-esquizofrenia y también el 20% de las incluidas en el grupo psicosis-depresión/manía habían sufrido a lo largo de su vida violencia doméstica. No especifica si esa violencia provenía del marido o de otros familiares. Una de las conclusiones del estudio es que se encontraron tasas más altas de incesto, agresión sexual, violencia doméstica, intentos de suicidio,

consumo de alcohol, tranquilizantes y otras sustancias tóxicas que en población general. Otra conclusión interesante es que los pacientes con un diagnóstico de trastorno de la personalidad presentaban tasas más altas de estos problemas que otros diagnósticos, incluidos los psicóticos.

Una autora muy prolífica en estudios sobre violencia sufrida por mujeres con trastorno mental grave es Lisa Goodman. Así en 1995 publica un estudio realizado en Estados Unidos sobre una muestra de 99 mujeres sin hogar y con enfermedad mental grave. Esta muestra fue extraída de 199 mujeres que reunían criterios de inclusión pero que por diversas razones 100 de ellas no fueron incluidas (hospitalizaciones, falta a citas, ilocalizables, rechazo a participar, etc.). El porcentaje de inclusión fue del 49,7%. Estas mujeres eran derivadas a un centro de salud mental comunitario desde un albergue y desde un hospital psiquiátrico. Fueron entrevistadas al respecto de agresiones físicas y sexuales sufridas a lo largo de la vida y la infancia. Se utilizó la subescala de violencia física del *Conflict Tactics Scale-CTS*. Para la violencia sexual se utilizó entrevista semiestructurada. Los diagnósticos eran de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (59%), trastorno bipolar (16%), depresión mayor (14%) y otros diagnósticos (11%). El 92% de la muestra fue víctima de alguna agresión física o sexual en la edad adulta y si se incluyen también abusos en la infancia el porcentaje se eleva hasta el 97%. El 87% de las mujeres fueron víctimas de agresión física en la edad adulta, siendo su pareja el agresor en el 80% de los casos. El 76% de las mujeres fueron agredidas sexualmente en la edad adulta y en el 40% de los casos el agresor fue su pareja. La proporción de mujeres que habían sufrido agresiones en el último mes previo a la entrevista fueron de 20% de violencia física y 15% de violencia sexual (Goodman, Dutton y Harris, 1995). Las prevalencias son especialmente altas en este estudio porque como ya se comentó, la situación de estar sin hogar incrementa notablemente el riesgo de padecer agresiones.

Con esta misma muestra y excluyendo a las 8 mujeres que no habían sufrido agresiones físicas o sexuales a lo largo de la vida, esta autora analiza la relación entre esquemas cognitivos de las mujeres (confianza, intimidad, seguridad y

autoestima) con el tipo, frecuencia y cercanía temporal de las agresiones. Concluye que los esquemas cognitivos son más negativos en las mujeres que sufren violencia con más frecuencia, más variada y más reciente (Goodman y Dutton, 1996). También con la misma muestra de mujeres con trastorno mental grave y en situación de sin techo, esta investigadora relaciona ser víctima de violencia y las características de esta violencia con la gravedad de la sintomatología presente (Goodman, Dutton y Harris, 1997b).

Tham (1995) realizó una encuesta sobre violencia doméstica en un servicio comunitario de atención a salud mental en Londres. La muestra estaba compuesta por 184 pacientes de los cuales 91 eran hombres y 93 mujeres. Los diagnósticos representados eran de psicosis en el 42% de la muestra, neurosis en el 19%, trastornos adaptativos/reacción al estrés agudo el 13%, abuso de sustancias el 12% y trastornos de la personalidad en el 9%. Al final de la entrevista clínica rutinaria con un profesional se aplicaba la encuesta sobre violencia elaborada para la ocasión. Se medía violencia doméstica, abuso sexual por conocidos y violencia emocional (abuso verbal y racismo). Hay que señalar que el 32% de la muestra estaba compuesta por personas que pertenecían a minorías étnicas. Las agresiones se clasificaban temporalmente en función del momento de la entrevista: agresiones en el último mes, entre el último mes y los 6 meses anteriores, más de 6 meses. Los resultados referidos a mujeres y a violencia doméstica fueron los siguientes: un tercio de las mujeres habían sufrido alguna vez violencia doméstica (35,4%). Temporalmente se distribuían de la siguiente forma: un 3% en el último mes, un 5% entre uno y seis meses y un 26,8% más allá de los seis meses. En todas las categorías de abuso las mujeres al menos triplicaban la proporción de casos respecto a los hombres. No se especifica en el estudio si el agresor era la pareja de la paciente u otro familiar.

En Estocolmo se realizó un estudio para determinar la frecuencia y estilo de resolver conflicto en personas ingresadas en una unidad de psiquiatría y que estaban casadas o vivían en pareja. Se seleccionaron 55 personas con pareja que ingresaron de forma consecutiva y se les aplicó el *Conflict Tactics Scale-CTS*. Los

diagnósticos más frecuentes fueron trastornos del humor en 16 casos, esquizofrenia 6 casos, otras psicosis no orgánicas 9 casos, depresión/distimia 10 casos, trastornos de la personalidad 4 y el resto presentaban otros diagnósticos. Se demostró que las mujeres y hombres utilizan similares estrategias para resolver conflictos familiares con sus parejas. La proporción de violencia doméstica ocurrida en el último año estaba presente en el 38,2% de los pacientes entrevistados. El 56,4% había sufrido violencia en algún momento de la relación. En función de los diagnósticos se observó que los pacientes con depresión sufrían menos violencia doméstica que otros diagnósticos. En el estudio no se ofrecen resultados diferenciados por sexo de la víctima (Bergman y Ericsson, 1996).

Cloitre, Tardiff, Marzuk, Leon y Portera (1996) planearon una investigación en mujeres con trastorno mental grave para analizar la relación entre abuso físico y/o sexual en la infancia y ser víctima de abuso sexual en la edad adulta. La muestra estaba compuesta por 409 mujeres que consecutivamente fueron ingresadas en una unidad de psiquiatría de Nueva York. Los diagnósticos principales fueron depresión, esquizofrenia, manía, abuso de sustancias y trastorno borderline de la personalidad. No especifican los porcentajes de diagnósticos en la muestra aunque sí lo hacen en las submuestras de mujeres con violencia sexual y sin violencia sexual. Aplicaron un cuestionario con 425 preguntas, alguna de las cuales exploraba la violación o intento de violación en edad adulta. El 22% de las mujeres habían sufrido una violación o intento de violación en la edad adulta. No especifica si la agresión sexual provenía de extraños, de familiares o de la pareja. Los autores concluyen que las mujeres que en la infancia han sufrido abusos físicos y/o sexuales tienen 3,1 veces más de probabilidades de sufrir abuso sexual en la edad adulta que aquellas mujeres que no sufrieron abuso en la infancia.

En Pensilvania (EE.UU) se realizó un estudio con pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico con el objetivo de evaluar las agresiones físicas que sufrían por parte de parejas o familiares. La muestra era pequeña y estaba compuesta por 69 personas de las cuales 35 eran mujeres. Esta muestra fue conseguida después de un 40% de rechazos a participar en el estudio. Los diagnósticos principales de la

muestra fueron de un 60% de trastornos afectivos y un 29,4% esquizofrenias. Se entrevistó a cada paciente y la violencia física fue medida con el *Conflict Tactics Scale –CTS*. De los 43 pacientes con pareja en el último año habían sufrido agresiones físicas el 62,8% en ese periodo de tiempo. No se aportan datos desglosados por sexo por lo que no se puede estimar la prevalencia de este tipo de agresiones en las mujeres. Las agresiones por parte de un familiar, mayoritariamente padres y hermanos, ocurrían entre el 45,8% de los 22 pacientes que vivían con su familia de origen (Cascardi, Mueser, DeGiralomo y Murrin, 1996).

Con el objetivo de estudiar el abuso sexual y físico en mujeres con trastornos psiquiátricos se realizó otra investigación en Connecticut (EE.UU). De las 144 personas a las que se propuso participar en el estudio accedieron el 83,3%. La muestra final estaba compuesta por 120 pacientes en atención ambulatoria de los que 86 (72%) eran mujeres. Cincuenta pacientes tenían diagnósticos relacionados con trastornos del humor, 37 trastornos de ansiedad, 16 esquizofrenias, 10 abuso de sustancias y los 7 restantes otros diagnósticos. No se detallan diagnósticos por sexo. Se les aplica el *Traumatic Events Questionnaire* que mide abuso físico y sexual en la infancia y en la edad adulta. Posteriormente se les realiza una entrevista semiestructurada. El 75% de las mujeres estudiadas había sufrido agresiones físicas por parte de su pareja en algún momento de su vida. El 52% había sufrido agresiones sexuales pero en este caso no se detalla en el estudio si el agresor era la pareja, un conocido o un extraño. Otra conclusión interesante del estudio era la relación que existía entre haber sufrido abuso en la infancia y el mayor riesgo de padecerlo en la edad adulta (Lipschitz, Kaplan, Sorkenn y Faedda, 1996).

Con el objetivo de evaluar la eficacia de una instrucción expresa a los profesionales para que explorasen y recogiesen en las historias clínicas experiencias traumáticas de los pacientes, Eilenberg, Fullilove, Goldman y Mellman (1996) revisan las historias clínicas de 180 personas atendidas ambulatoriamente en una clínica de Nueva York (EE.UU.). La muestra estaba compuesta por un 77% de mujeres y sus diagnósticos eran mayoritariamente trastornos del humor (42%), trastornos de adaptación (18%), trastornos de ansiedad (17%), trastornos de personalidad (6%). El

resto de los diagnósticos era variado y señalar que sólo el 4% tenían un trastorno psicótico, con lo que la muestra no se ajusta al perfil del trastorno mental grave. Revisan las historias clínicas con un instrumento de creación propia de los autores para este estudio. Obtienen que un 19% de las mujeres habían sufrido agresiones físicas en la edad adulta. No detalla el agresor aunque sí señalan que la mayoría de dichas agresiones se producen en el ámbito doméstico. Una conclusión interesante del estudio es que solicitar a los profesionales que exploran sistemáticamente historias traumáticas aumenta la detección de éstas, aunque también se señala que esta información parece que no se acompaña del correspondiente abordaje terapéutico.

Miller y Finnerty (1996) plantearon una investigación para estudiar la sexualidad, maternidad y crianza en mujeres con esquizofrenia. Para ello seleccionan a 44 mujeres en tratamiento ambulatorio y con un diagnóstico de trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo y las comparan con otro grupo de 50 mujeres sin trastornos psiquiátricos. Realizan una entrevista semiestructurada confeccionada para esta investigación. Entre los datos que aportan resaltar que el 36,4% de las mujeres con esquizofrenia ha sufrido alguna vez abuso sexual, el 47,6% ha sido sufrido violación, el 46,5% ha sido presionada para tener relaciones sexuales y el 33,3% ha sido víctima de violencia durante el embarazo. No se detalla si los agresores eran pareja u otras personas.

Briere, Woo, McRae, Foltz y Sitzman (1997) entrevistaron a 100 mujeres en la urgencia psiquiátrica de un centro médico de Los Ángeles (EE.UU.) con el objetivo de estudiar la relación entre abuso sexual y físico en la infancia, victimización en edad adulta y variables clínicas y psiquiátricas de la muestra. No se utilizan instrumentos estandarizados ni se definen los criterios de abuso. No se especifica la distribución de diagnósticos en la muestra. De las 100 mujeres entrevistadas se descartaron 7 para el análisis de datos y entre los resultados presentados cabe destacar que el 42% de las mujeres habían sufrido una o más agresiones físicas en la edad adulta en el contexto de una relación de pareja y que el 37% había sufrido agresiones sexuales o violaciones (no se especifica el agresor en el estudio). Otras

conclusiones relevantes de la investigación es que el abuso en la infancia o en la edad adulta correlaciona con edad, raza y estado civil; que el abuso físico y/o sexual en la infancia correlaciona con abuso físico y/o sexual y con más problemas psiquiátricos y sociales en la edad adulta.

En otro estudio sobre violencia dirigido por Lisa Goodman se reclutaron a 50 personas con trastorno mental grave en la sala de espera de un centro de salud mental de Baltimore (EE.UU.). Obtuvieron una tasa de participación voluntaria en el estudio del 80% de las personas a las que solicitó. La distribución por sexos era de 29 mujeres y 21 hombres. Los diagnósticos de las mujeres incluidas en el estudio fueron: esquizofrenia (55%) y trastorno bipolar (45%). Personal especializado aplicaron el CTS2 pero recogiendo no solo respuestas referidas a agresiones por parte de la pareja sino también por parte de otras personas. Para comprobar fiabilidad de las respuestas aplicaron los mismos instrumentos en 2 momentos diferentes, aproximadamente con dos semanas de diferencia. La violencia sufrida por las mujeres en la edad adulta tenía las siguientes prevalencias: abuso físico: 89,7%-93,1%; lesiones/heridas: 72,4%-75,9%; abuso sexual: 79,3%-86,2%. La violencia sufrida por las mujeres en el año previo a las entrevistas fue la siguiente: abuso físico: 58,6%; lesiones/heridas: 31%-34,5%; abuso sexual: 41,4%-48,3%. Se comprobó estadísticamente que las respuestas dadas, tanto por hombres como por mujeres con trastorno mental grave, eran consistentes en el tiempo (Goodman et al., 1999).

En una unidad de hospitalización psiquiátrica de New Brunswick en Canadá se analizaron las historias de 492 mujeres ingresadas en un periodo de 5 años. Se seleccionaron 221 que habían tenido alguna relación de pareja y en base a las 9 cuestiones sobre violencia física del *Straus Conflict Resolution Thechniques Scales* se encontró una prevalencia del 13,57% de violencia física en la edad adulta por parte de la pareja o ex pareja. No se detalla el diagnóstico de la muestra aunque se puede presuponer que estaba compuesta mayoritariamente por personas con trastorno mental grave por ser las pacientes reclutadas en una unidad de hospitalización psiquiátrica (Poirier, 2000).

Otro estudio con personas con trastorno mental grave fue realizado en Nueva Zelanda (Coverdale y Turbott, 2000). Compararon una muestra de 158 personas con trastorno mental grave (92 hombres y 66 mujeres) con otra muestra control de igual número de personas y sexo, sin antecedentes de problemas de salud mental y reclutada en una sala de espera de un centro de salud. La muestra de trastorno mental grave fue extraída de un centro de salud mental comunitario de Auckland. La duración media de la enfermedad mental fue de 12,7 años (edad media de 35,5 años) y la distribución de los diagnósticos mayoritarios fue: esquizofrenia el 62,6%, trastorno bipolar el 15,6% y depresión mayor el 11,7%. Se pasó cuestionario diseñado para el estudio por parte de enfermeras entrenadas. El porcentaje de aceptación para participar en el estudio fue del 64,8% de las personas a las que se lo solicitaron. Los principales resultados fueron que en las mujeres de la muestra de trastorno mental grave se recogieron un 66,6% de casos de violencia física y/o sexual: abuso sexual en el 19,7%, físico en el 12,1% y ambos en el 34,8%. En las dos categorías de abuso sexual y físico las mujeres tenían porcentajes mayores y estadísticamente significativos que los hombres. Los controles mostraban también esas diferencias significativas respecto al sexo. El grupo de trastorno mental grave sufría significativamente más abuso sexual y físico que el control. El estudio no especifica quien era el maltratador.

En otra publicación de Goodman de 2001 y como parte de un trabajo más ambicioso sobre conductas de riesgo y transmisión de enfermedades sexuales en población con trastorno mental grave, esta autora realiza un estudio sobre victimización reciente en esta población. Un 87% de la personas con trastorno mental grave solicitadas para participar en el estudio accedieron y se reclutaron a 782 pacientes (321 mujeres y 461 hombres). La muestra fue seleccionada entre usuarios de servicios psiquiátricos públicos ambulatorios u hospitalarios de cuatro estados de EE.UU. Los diagnósticos de las mujeres fueron: esquizofrenia (60,8%), bipolar (21,9%), depresión mayor (13,8%) y otros (3,4%). Para evaluar la violencia se aplicaron por personal entrenado las subescalas de agresiones físicas y sexuales de la CTS. Incluyen agresión por parte de la pareja y por otras personas. No desglosan el agresor en los datos. Los principales resultado muestran que el 80,3% de las

mujeres han sufrido en la edad adulta algún tipo de agresión sexual o física. El 57,1% de las mujeres habían sido víctimas de agresión sexual y el 74,6% de agresión física. Respecto a violencia física y/o sexual sufrida en el último año, el 33,4% de las mujeres la han padecido: el 20,3% violencia sexual y el 25,6% agresiones físicas. Otros resultados interesantes de este estudio es la comparación de prevalencias de violencia en mujeres y hombres con trastorno mental grave y se observa una mayor prevalencia en mujeres excepto en la categoría de violencia física. Aparecen como asociado a mayor riesgo de ser víctima de violencia el abuso en la infancia, el consumo de drogas y alcohol, no tener hogar y la gravedad del trastorno psiquiátrico que los autores valoraron por hospitalizaciones psiquiátricas y edad del primer ingreso psiquiátrico (Goodman, Salyers, Mueser, Rosenberg, Swartz, Essock, *et al*, 2001).

En un estudio realizado en Cumhuriyet (Turquía) se planteó estudiar la relación entre ciertas variables sociodemográficas y clínicas con la violencia de pareja que sufren mujeres en tratamiento psiquiátrico ambulatorio. Se aplicó un cuestionario sobre violencia doméstica construido para el estudio que recoge agresiones físicas, sexuales, verbales, emocionales y abuso económico en algún momento de la vida. La muestra estaba compuesta mayoritariamente por mujeres con trastornos de ansiedad (30,7%) y depresión (29,3%), siendo los trastornos psicóticos sólo el 2,7%. El 29,3% de las mujeres sufrían violencia por parte de su pareja. Los principales prevalencias obtenidas fueron: violencia sexual: 30,7%; violencia emocional: 36%; violencia económica: 32%; violencia física: 57%; violencia verbal: 29,3% (Akyuz, Kugu, Dogan y Ozdemir, 2002).

En Bangalore (India) se realizó otro estudio en la unidad de admisión de un hospital psiquiátrico con la aplicación de una encuesta sobre agresiones sexuales (SES) a 146 mujeres. Posteriormente se entrevistaba a las mujeres que habían referido haber sufrido agresiones sexuales. Esta muestra corresponde al 97% de las mujeres a las que se solicitó participar en el estudio (150). La muestra estaba compuesta por trastornos depresivos recurrentes (26%), esquizofrenia (26%), trastorno bipolar (34%) y otros diagnósticos (14%). El 34% de las mujeres refieren haber sufrido al

menos una agresión sexual a lo largo de la vida. El 66% de estas mujeres han sido víctimas de múltiples episodios de violencia sexual, en el 66% de los casos comenzaron antes del inicio de la enfermedad mental. En el 48% de las agresiones sexuales el perpetrador fue la pareja sentimental, esto daría una prevalencia de agresión sexual a lo largo de la vida y por parte de la pareja del 16% de las mujeres estudiadas. El 60% de las mujeres no revelaron a nadie las agresiones que sufrieron (Chandra, Deepthivarma, Carey, Carey y Shalinianant, 2003).

Con el objetivo de comparar la violencia que sufren los hombres respecto a las mujeres con trastorno mental grave Shack, Averill, Kopecky, Krajewski y Gummattira (2004) reclutaron a 271 pacientes ingresados en un centro psiquiátrico de Houston, Texas (EE.UU.). La muestra estaba compuesta por 111 mujeres y 160 hombres. Los diagnósticos eran un 27,7% de depresión mayor, 26,6% de esquizofrenias, 23,2% de trastorno bipolar, 10,3% de abuso de sustancias y un 12,1% de otros diagnósticos. No aportan diagnósticos por sexos. Los datos sobre violencia fueron extraídos a través de una entrevista confeccionada para el propósito de la investigación y realizada por profesionales entrenados una vez estabilizados psiquiátricamente los pacientes. Evaluaron solamente violencia sexual y física y se reportaron datos a lo largo de la vida de los pacientes. No se especifica el tipo de agresor. El 70,1% de las pacientes refirieron haber sufrido abuso físico y/o sexual a lo largo de la vida. Las combinaciones de estos tipos de abuso mostraron la siguiente distribución: solo violencia sexual el 5,4% de las mujeres, sólo violencia física el 18,9% y los tipos de abuso el 45,9%. Las mujeres muestran prevalencias más altas que los hombres ya que éstos refieren haber sido víctimas de abuso físico y/o psicológico en el 40,6% de los casos y en combinación de ambos tipos de abusos conjuntamente (17,5% en hombres). No encuentran diferencias significativas entre género y gravedad sintomatológica.

En Bosnia y Herzegovina se realizó una investigación para evaluar la frecuencia, formas y consecuencias psicológicas de la violencia doméstica. La muestra estaba compuesta por 104 mujeres elegidas al azar entre pacientes atendidas en la unidad de psiquiatría de Tuzla y 179 mujeres sin problemas psiquiátricos que decidieron

participar en el estudio después de asistir a charlas públicas sobre violencia doméstica. Esta última submuestra puede tener cierto sesgo de sobre representación de mujeres víctimas de violencia. La muestra de población general estaba subdivida en 50 mujeres refugiadas y 129 originarias de Tuzla y que habían permanecido en la ciudad durante la guerra. No especifica los diagnósticos del grupo de pacientes. En entrevista se evaluó la violencia doméstica con el *Partner Violence Screen-PVS* (instrumento de cribado de 3 preguntas: amenaza o acto de violencia física, satisfacción con la relación de pareja y malas experiencias de relaciones pasadas) y con una modificación del *Domestic Violence Inventory-DVI* (violencia psicológica, sexual y física a lo largo de la vida). Las prevalencias a lo largo de la vida obtenidas según el instrumento de cribado *PVS* en la muestra de mujeres con trastorno mental fue de 78,3% (en el resto de las mujeres la prevalencia se situó en el 64,7%). Según el *DVI* el 82,7% de las pacientes sufrieron violencia física, el 59,6% sexual y el 87,5% psicológica. Los autores señalan también que las pacientes que han sufrido violencia doméstica presentan significativamente más comorbilidad que las que no la han sufrido, especialmente trastorno por estrés postraumático, depresión y trastornos disociativos (Avdibegovi y Sinanovi , 2006).

En una muestra con pacientes ingresados en una unidad de psiquiatría de Providence (EE.UU) por el motivo de consulta de ideación o conducta suicida, se estudió la prevalencia y severidad de la violencia de pareja. Un criterio de inclusión en el estudio era que la persona tuviera una relación de pareja al menos en los 6 meses previos al ingreso. La muestra estaba compuesta por 44 hombres y 66 mujeres. Para evaluar la violencia de pareja se aplicó el *Revised Conflict Tactics Scale-CTS2* tanto como perpetrador como víctima. El 50% de la muestra estaba diagnosticada de depresión, el 25% de trastorno bipolar, el 16% de abuso de sustancias y de otros diagnósticos el 9%. Los resultados referidos a mujeres víctimas de abuso por parte de su pareja en el año previo fueron los siguientes: 92% habían sufrido abuso físico (el 86% habían padecido violencia física calificada como grave), también el 92% fueron víctimas de abuso psicológico y el 19% de abuso sexual. Estos porcentajes son especialmente altos en comparación con prevalencias publicadas en otros estudios. Una posible explicación puede estar en la ideación o

conducta suicida presente en la muestra. Otros resultados destacables eran también el alto porcentaje de hombres y mujeres de la muestra que eran perpetradores de violencia hacia su pareja. Encuentran también una relación significativa entre funcionamiento familiar pobre medido con el *Family Assessment Device* y violencia de pareja (Heru, Stuart, Rainey, Eyre y Recupero, 2006).

En 2005 el grupo de Frueh publicó un estudio sobre violencia sufrida por pacientes dentro de un Hospital de Día en Charleston-Carolina del Sur (EE.UU.) (Frueh, Knapp, Cusack, Grubaugh, Sauvageot, Cousins *et al.*, 2005). Posteriormente, en 2006, realizan una nueva explotación de datos para determinar la prevalencia de violencia de pareja en esa población. La muestra estaba compuesta por 156 personas que fueron elegidas al azar sobre los pacientes atendidos en dicho Hospital de Día entre 2002 y 2004. La tasa de participación fue del 91% y la muestra final de 141 personas estaba compuesta por 79 hombres y 62 mujeres. Los diagnósticos principales fueron trastorno bipolar, esquizofrenia y depresión mayor. Se utilizó el *Trauma Assessment for Adults-TAA* que se complementó con auto-registros de los pacientes. Los resultados principales muestran una prevalencia de violencia física y/o sexual por parte de la pareja a lo largo de la vida en el 32,3% de las mujeres y en el 1,3% de los hombres. De las mujeres que habían sido víctimas de maltrato por parte de sus parejas el 25% habían sufrido abuso sexual en combinación o no con violencia física (Grubaugh y Frueh, 2006).

En Turquía se realizó un estudio con mujeres que acudían por primera vez a consulta de psiquiatría en un centro ambulatorio. La muestra inicial estaba compuesta por 104 mujeres y 4 fueron excluidas por la gravedad de sus síntomas que hacían poco fiables sus respuestas. Los diagnósticos más representativos de la muestra fueron: trastornos depresivos en un 52%, ansiedad y depresión en un 15%, ansiedad en un 7%, bipolar el 3%. Sólo se refleja un 1% de trastorno psicótico con lo que la muestra no podría ser considerada como representativa de trastorno mental grave. Se evaluó los abusos físicos en la infancia y en el matrimonio a través de cuestionario creado por los autores la violencia física. El 62 % de las mujeres

casadas habían sufrido violencia física en el matrimonio (Vahip y Doganavsargil, 2006).

En una tesis doctoral realizada en el servicio de urgencia psiquiátrica de un Hospital de Pittsburgh (EE.UU.) se analizaba la relación entre las características del profesional sanitario y la facilidad de las mujeres para relatar o no su historia de víctima de abuso por parte de la pareja. La primera fase del estudio consistió en determinar la prevalencia y tipo de abuso que sufrían estas mujeres. La muestra estaba compuesta por 210 mujeres atendidas en la urgencia psiquiátrica. No se especifican los diagnósticos de la muestra global pero sí se apuntan los motivos de consulta de la urgencia, siendo depresión el más frecuente seguido de ansiedad. El autor confecciona un cuestionario específico para este estudio en base a preguntas de otros instrumentos estandarizados para medir la violencia de pareja. El cuestionario es auto-administrado. Los datos de prevalencia señalan que el 74,7% de las mujeres de la muestra fueron víctimas en algún momento de su vida adulta de violencia por parte de su pareja o ex pareja. Según el tipo de violencia sufrida, un 30% de las mujeres relatan ser víctimas de violencia psicológica en su relación actual, el 62% había sido víctima de violencia física en algún momento de su vida adulta (un 23,8% en el último año) y el 40% habían sido víctimas de abuso sexual (un 17,6% en el último año). La prevalencia del abuso psicológico actual parece singularmente baja ya que lo recuenta en base a tres preguntas que obtienen los siguientes porcentajes de respuestas afirmativas: evitar discusiones por miedo a lo que su pareja pueda hacer: 34,3%; ser controlada por su pareja: 30,5% o tener miedo a su pareja el 27,23%. El autor no agrupa las diferentes respuestas de violencia psicológica por lo que no se puede inferir la prevalencia de este tipo de violencia (Owens, 2007).

En un estudio realizado en Suecia (Bengtsson-Tops, Markstrom y Lewin, 2005; Bengtsson-Tops y Tops, 2007) sobre mujeres usuarias de servicios psiquiátricos (n=1382) a través de un cuestionario autoadministrado diseñado por los autores en colaboración con mujeres con problemas de salud mental que habían sufrido violencia por parte de su pareja. El 79% de las mujeres a las que se les propuso

participar en el estudio (1746) dieron su consentimiento. El 28,6% de la muestra la formaban mujeres con depresión, el 15,1% esquizofrenia y el resto con variados diagnósticos (síndrome de *burntout*, trastornos de personalidad, abuso de sustancias, fobias, etc.). Encontraron una prevalencia del 63% mujeres que habían sufrido cualquier tipo de violencia en algún momento de su vida con posterioridad a los 16 años. Analizando el perpetrador en el 40% de los casos fue su pareja y en el 36% la ex pareja. Los datos no permiten inferir la prevalencia conjunta de violencia por parte de pareja y ex pareja. Los tipos de maltrato referidos por las mujeres fueron el acoso verbal/degradación (46%), violencia física (28%), amenazas de agresión (27%), amenazas de muerte (20%), violencia sexual (19%), violencia económica (16%), aislamiento en el hogar (13%), violencia física grave (12%) y otras formas de maltrato (5%). En el último año sufrieron algún tipo de violencia 31% de las mujeres, siendo las frecuencias de los diferentes tipos de maltratos las siguientes: acoso verbal/degradación (22%), violencia física (6%), amenazas de agresión (9%), amenazas de muerte (6%), violencia sexual (3%), violencia económica (6%), aislamiento en el hogar (4%), violencia física grave (3%) y otras formas de maltrato (2%). Otro dato interesante en este estudio es que el 74% de las mujeres que en la infancia sufrieron abuso en la infancia lo volvieron a sufrir posteriormente en la vida adulta.

Un estudio longitudinal fue realizado en Míchigan (EE.UU) con madres diagnosticadas con un trastorno mental grave y con un hijo a cargo de entre 4 y 16 años. La muestra fue extraída de los servicios de salud mental comunitarios y hospitalarios de la zona. Se reclutaron 324 mujeres que fueron seguidas a lo largo de 6 años (1995-2000). La tasa de aceptación de participación en el estudio fue del 85% de las mujeres a las que se les propuso. Los diagnósticos representados fueron: esquizofrenia con un 9%, trastorno esquizoafectivo también con un 9%, depresión mayor el 35%, depresión mayor con rasgos psicóticos el 11%, trastorno bipolar el 11% y trastorno bipolar con rasgos psicóticos el 14%. Los datos de violencia por parte de la pareja se obtuvieron a través de entrevista personal con formulación de varias preguntas del *Conflict Tactics Scales-CTS* reportando sólo agresiones físicas y/o sexuales de la pareja en los últimos doce meses. La

prevalencia de la violencia en los 12 meses previos a la entrevista fue del 19%. De las diferentes variables sociodemográficas analizadas solo la edad correlacionaba con ser víctima de violencia por parte de la pareja. Las mujeres más jóvenes tenían más probabilidad de sufrir violencia. Respecto a las variables clínicas los autores encontraron relación significativa entre violencia y gravedad de la enfermedad (reflejada por el número de hospitalizaciones y el nivel de síntomas) y el consumo elevado de tóxicos (McPherson, Delva y Cranford, 2007).

Friedman y Loue (2007) realizaron una revisión sistemática de estudios publicados sobre violencia por parte de la pareja en mujeres con trastorno mental grave entre los años 1966-2004. Encontraron 17 artículos publicados sobre el tema. Incluyen estudios en los que la mujer con trastorno mental grave es víctima (13 estudios) y estudios donde el perpetrador de la violencia hacia la pareja es un hombre o mujer con trastorno mental grave (2 estudios). Los otros 2 estudios restantes analizan las dos posibilidades. Se centran sobre violencia física y sexual. Como cada uno los estudios primarios sobre victimización se comentan en esta sección por lo que a continuación señalaremos los aspectos más significativos de la revisión publicada:

- la prevalencia de la violencia física y sexual por parte de la pareja es alta y mayor que en población general. Entre el 23%-69,7% de las muestras de mujeres con trastorno mental grave estudiadas habían sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida. En población general de EE.UU. la proporción de violencia por parte de la pareja se sitúa entre el 9%-30% de mujeres que sufren agresiones físicas y entre el 7,7% y el 8% violación por parte de su pareja.
- La prevalencia, al contrario de lo que podía suponerse, es más alta en mujeres en tratamiento ambulatorio que en las ingresadas.
- Estar sin hogar parece constituir una variable que incrementa el riesgo de ser víctima de violencia en el contexto de una relación de pareja.
- No se pueden extraer conclusiones sobre si la violencia ocurre antes o después del inicio del trastorno mental.
- El diagnóstico de esquizofrenia incrementa el riesgo de sufrir violencia de forma más importante que otros diagnósticos psiquiátricos asociados a altas

prevalencias de violencia por parte de la pareja (trastorno bipolar, trastornos de personalidad, depresión, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias).

- El abuso físico y/o sexual en la infancia y juventud se asocia a un mayor riesgo de sufrir violencia en la edad adulta.
- La investigación parece sugerir una asociación entre sufrir violencia y empeoramiento de la sintomatología psiquiátrica e incremento del riesgo de suicidio.
- Existe poca investigación sobre personas con trastorno mental grave como perpetradores de violencia contra su pareja. Los cuatro estudios revisados señalan prevalencias muy dispares: 21%, 22,6%, 33% y 70% de las muestras estudiadas ejercieron violencia contra su pareja.
- La comparación entre estudios es compleja por las diferentes definiciones de violencia íntima y de trastorno mental grave utilizadas por los diferentes autores.
- La violencia doméstica es más frecuente que muchos de los síntomas que se exploran rutinariamente en los servicios de salud sin embargo es infradetectada por los profesionales. Éstos deben prestar más atención a la violencia en la pareja.

Los autores de la revisión anterior publicaron recientemente un estudio con mujeres con trastorno mental grave de origen puertorriqueño residentes en Ohio (EE.UU) para comprobar si variables de género y culturales (machismo, sumisión, familia, etc.) y de diagnóstico tenían relación con una mayor o menor presencia de violencia en las relaciones de pareja (Friedman, Loue, Goldman Heaphy y Mendez, 2011). La muestra era sólo de 53 mujeres en tratamiento ambulatorio (28 con diagnóstico de depresión mayor, 19 con trastorno bipolar y 6 con esquizofrenia). Las mujeres fueron entrevistadas periódicamente durante 2 años sobre violencia física y sexual en la relación de pareja. Se evaluaba tanto la cometida como la sufrida. El 68% de las mujeres habían sufrido violencia de su pareja en algún momento de su vida y el 32% la sufría durante la investigación. Las mujeres con esquizofrenia y trastorno bipolar sufrían más victimización a lo largo de la vida y actual que las mujeres con depresión mayor pero las diferencias no eran estadísticamente significativas. La misma relación en los diagnósticos se da en la perpetración de violencia, es decir las

mujeres con esquizofrenia y bipolares eran más violentas hacia su pareja que las diagnosticadas de depresión mayor. La diferencia tampoco era significativa. Estos autores, aun con la advertencia que no se puede generalizar en base a los datos de este estudio, sugieren que las mujeres latinas son más “tolerantes” con la violencia que sufren por parte de sus parejas.

Otra revisión publicada en 2010 analiza las publicaciones hasta mayo de 2008 sobre violencia doméstica y trastorno mental grave (Howard, Trevillion, Khalifeh, Woodall, Gnew-Davies y Feder, 2010b). Se seleccionan 21 estudios que abordan la prevalencia de violencia física y sexual. Concluyen que en mujeres con trastornos psiquiátricos ingresadas, entre el 34% y el 92% han sufrido violencia doméstica en algún momento de su vida. En mujeres en tratamiento ambulatorio la proporción desciende al 15%-90%. En los pocos estudios que utilizan muestras de hombres, las prevalencias descienden. Analizando la detección de los profesionales de los servicios de salud mental concluyen que se detecta muy poco la violencia doméstica y que introducir en la rutina clínica diaria sistemas de detección incrementa la tasa de reconocimiento de situaciones de maltrato. Por último estos autores concluyen que al analizar programas de intervención sobre la violencia doméstica en mujeres con trastorno mental grave encuentran ningún estudio al respecto.

En un estudio de madres con trastorno mental grave, con la custodia de sus hijos retirada temporalmente y atendidas en los servicios de protección de la familia e infancia y derivadas a servicios de salud mental se constata que el 62,6% de estas mujeres habían referido sufrir violencia doméstica a los trabajadores de los servicios de protección. Los datos fueron extraídos de 122 expedientes de los servicios de protección de la infancia de Ohio (EE.UU.). Se incluye la existencia de cualquier tipo, sola o en combinación, de violencia sexual, abuso físico y negligencia. Los diagnósticos más representados fueron: trastorno bipolar con abuso de alcohol (39,3%), depresión (21,3%), adicciones (19,7%) y esquizofrenia (9%). No se especifica quien era el perpetrador de la violencia doméstica (Lewin, Abdrbo y Burant, 2010)

En Mannheim (Alemania) se realizó en 2010 un estudio sobre prevalencia del acoso en personas con trastornos psiquiátricos. La muestra estaba compuesta por 300 pacientes que acudieron consecutivamente al hospital psiquiátrico de la localidad. El 46% de la muestra lo constituían mujeres. Los diagnósticos principales fueron adicciones el 38,3%, desordenes afectivos 28,6%, esquizofrenia el 17,6%, trastorno de personalidad el 5,6% y el resto presentaban variados diagnósticos. Se aplicó el *Stalking Behaviour Questionnaire*. Este cuestionario, a través de 50 ítems, evalúa la presencia o no de diferentes conductas de acoso que incluyen acosos verbales, escritos, telefónicos, físicos, sexuales, etc. El 21,7% de las mujeres estudiadas habían sido víctimas de acoso al menos una vez en su vida. El porcentaje era similar al de hombres (21,0%). En el momento de la entrevista sólo el 2% de los casos sufría acoso. Casi la mitad de las personas que habían sufrido acoso sufrieron una agresión física por parte de su hostigador (48,4%) y un 26% habían sido víctimas de acoso sexual. En el 45,3% de las mujeres que sufrieron acoso éste provenía de su ex pareja. Sólo en el 6,3% de los casos la situación de acoso presente o pasada era conocida por su psiquiatra (Dressing y Gass, 2010).

Un estudio reciente realizado en Pittsburgh (EE.UU.) evaluó a 428 personas (270 mujeres) usuarias de diferentes servicios psiquiátrico (Chang, Cluss, Burke, Hawker, Dado, Goldstrohm *et al.*, 2011). La aceptación para participar en el estudio fue del 82% de las personas a las que se les solicitó. La muestra de mujeres estaba compuesta fundamentalmente por diagnósticos de depresión (75%), ansiedad (41%), trastorno bipolar (20%), adicciones (19%), PTSD (13%) y esquizofrenia (3%). Adaptaron preguntas de diferentes escalas e instrumentos de medida de violencia contra la mujer y comprobaron que el 63% de las mujeres habían sufrido algún tipo de violencia a lo largo de la vida. El desglose por tipo de violencia fue: violencia física a lo largo de la vida: 50% (13% en el último año); violencia sexual a lo largo de la vida: 32% (7% en el último año); violencia psicológica a lo largo de la vida 32% (no reporta violencia psicológica en el último año). Algunos otros datos interesantes de este estudio es que en todas las categorías de violencia, excepto la psicológica, las mujeres obtuvieron tasas estadísticamente más altas que los hombres (en violencia psicológica la diferencia no fue significativa estadísticamente aunque sí

mayor en la mujer). También comprobaron que los diagnósticos que se asocian más potentemente con sufrir violencia son los trastornos de ansiedad, bipolar y adicciones. Solo el 55% de las mujeres participantes afirmaron haber sido preguntadas en algún momento por cualquier profesional de salud mental acerca de la violencia doméstica.

De los estudios anteriores sobre violencia de pareja en mujeres con trastorno mental grave se puede concluir:

- La mayoría de los estudios publicados provienen de EE.UU.. No se encuentran datos de Europa ni de España.
- No se encuentran datos de prevalencia de maltrato psicológico.
- Una gran proporción de mujeres con trastorno mental son víctimas de violencia por parte de su pareja o ex parejas:
 - La prevalencia de violencia física durante la vida adulta se sitúa entre 23% y el 80%. El 23% aportado por el estudio de Herman del 86 se centra solo en mujeres casadas y no recuenta violencia sufrida por anteriores parejas y el 80% del estudio de Goodman del 95 está realizado con mujeres en situación de *homeless*. La violencia física en el último año sólo es estudiada en un trabajo: 25,6%.
 - La prevalencia de violencia sexual a lo largo de la vida adulta se sitúa entre el 16% y el 40%. Ningún estudio ofrece datos del último año.
 - La combinación de violencia física y/o sexual a lo largo de la vida se sitúa entre el 32,3% y el 68%. El año anterior sólo lo reporta un estudio: 19%.
- Ser víctima de violencia acarrea graves consecuencias para las mujeres con trastorno mental.
- No se presta la suficiente atención a este problema.
- Se requiere más y mejor investigación sobre el tema (Choe et al., 2008; Friedman y Loue, 2007; Goodman et al., 1997^a; Howard et al., 2010b).

En la tabla 8 se muestra una relación de estudios comentados en los párrafos anteriores y que pueden ser utilizados de referencia para los datos de este trabajo.

Se incluyen solamente aquellas investigaciones con mujeres con trastornos mentales graves en las que se especifica que la violencia proviene de la pareja o ex pareja. No se han considerado por tanto, trabajos donde en la muestra de mujeres predominaron diagnósticos “menores” y en los que no se especificaba el agresor.

Tabla 8. Selección estudios violencia de pareja hacia mujeres con trastorno mental grave

Autores (año) (localización)	Muestra y método	Resultados
Hilberman y Munson (1977) Carolina del Norte - EE.UU.	120 mujeres derivadas a clínica rural para evaluación psiquiátrica. Entrevista personal.	VF vida: 50%
Post et al. (1980) Colorado - EE.UU.	38 mujeres ingresadas en hospital psiquiátrico. Entrevista estructurada creada por los autores	VF vida: 50%
Herman (1986) Cambridge - EE.UU.	105 mujeres en tratamiento ambulatorio. Revisión historia clínica	VF vida: 23%
Bryer et al. (1987) Massachusetts - EE.UU.	66 mujeres ingresadas en hospital psiquiátrico. Entrevista elaborada por los autores	VF vida: 58,6%
Hoffman y Toner (1988) Toronto – Canadá	25 mujeres ingresadas. CTS y preguntas sobre violencia sexual.	VF vida: 76% VS vida: 36%
Carlile (1991) Durban – Sudáfrica	152 mujeres casadas atendidas ambulatoriamente o ingresadas. Entrevista y cuestionario creado por el autor	VF V: 49%
Goodman et al. (1995) EE.UU.	99 mujeres <i>homeless</i> con TMG. Entrevista en centro de salud mental. Cuestionario CTS y entrevista semiestructurada	VS vida: 40% VF vida: 80%
Lipschitz et al. (1996) Connecticut - EE.UU.	86 mujeres en atención ambulatoria. Cuestionario TEQ y entrevista semiestructurada	VF vida: 75%
Briere et al. (1997) Los Ángeles - EE.UU.	93 mujeres en urgencia psiquiátrica. Entrevista elaborada por los autores	VF vida: 42%
Poirier (2000) New Brunswick – Canadá	221 mujeres ingresadas durante un periodo de 5 años en Hospital. Ítems sobre violencia física del CRTS.	VF vida: 13,57%
Chandra et al. (2003) Bangalore – India	146 mujeres que ingresan en hospital psiquiátrico. Encuesta sobre abuso sexual (SES) y entrevista semiestructurada a las que refieren abuso sexual	VS Vida: 16%
Grubaugh y Frueh (2006) Carolina del Sur- EE.UU.	62 mujeres seleccionadas al azar entre pacientes atendidas en hospital de día. Auto-registro y TAA	VF y/o VS vida: 32,3%
McPherson et al. (2007) Michigan - EE.UU.	324 madres con TMG en contacto con servicios psiquiátricos. Entrevista con preguntas del CTS. Seguimiento 6 años.	VS y/o VF año: 19%
Friedman et al. (2011) Ohio- EE.UU.	53 mujeres con TMG de origen latino en tratamiento ambulatorio. Entrevistas periódicas durante 2 años de seguimiento	VF y/o VS vida: 68% VF y/o VS dos años: 32%

Claves: **VP**: violencia psicológica; **VS**: violencia sexual; **VF**: violencia física; **Año**: medición de la violencia en los 12 meses previos a la entrevista; **Vida**: medición de la violencia en cualquier momento de su vida adulta (desde la adolescencia-18 años-16 años hasta el momento de la entrevista).

Resumen

Se podría afirmar que la discapacidad, cualquiera que sea ésta, no se constituye como un factor protector frente a la violencia doméstica sino como un factor de riesgo. Además en la mayoría de los casos la persona que tiene limitaciones para las actividades y funcionamiento social dependen de un cuidador familiar que puede ser su pareja de convivencia. Si esta persona que provee ayuda y asistencia es además el perpetrador del abuso, la mujer con discapacidad puede percibir que esta persona es su única opción de vida, que nadie más puede hacerse cargo de ella y que el abuso es el precio que tiene que pagar para sobrevivir (Nosek, Foley, Hughes y Howland, 2001).

Su vulnerabilidad y limitaciones en las capacidades funcionales también las dota de menos recursos y oportunidades para poder buscar ayuda para afrontar o salir esa situación de violencia doméstica. Salida que puede verse más dificultada ya que las mujeres etiquetadas con discapacidad, especialmente la psíquica y mental, es probable que sean silenciadas e ignoradas por familiares, amigos o profesionales cuando deciden hablar o intentar defenderse.

En conclusión, la violencia contra las mujeres con discapacidad comparte elementos comunes a la violencia contra la mujer en general, pero tiene también elementos específicos y únicos que requieren un estudio y abordaje particular. Esto se hace especialmente relevante cuando se trata el fenómeno de la violencia en el colectivo de las mujeres con un trastorno mental grave.

La complejidad de este fenómeno ha propiciado también una invisibilidad de éste, tanto desde los movimientos de defensa de las personas con discapacidad como desde los movimientos de lucha contra la violencia doméstica. Se plantea como un reto de futuro que ambos movimientos asuman como propio el objetivo de la lucha contra la violencia doméstica en mujeres con discapacidad (Nixon, 2009).

4 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN MUJERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

4.1 Justificación, objetivos e hipótesis.

Dos serían las razones que justificarían la pertinencia del estudio que aquí se presenta:

- la gravedad, extensión y consecuencias del fenómeno de la violencia que sufren las mujeres por parte de sus parejas. Tal es su relevancia que la Organización Mundial de la Salud lo consideró en el año 2005 como un problema mundial de salud pública (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2005).
- La invisibilidad que dicho fenómeno presenta en el colectivo de mujeres afectadas por una enfermedad mental grave. Invisibilidad que se plasma en la ausencia de estudios para determinar la dimensión del problema y sus posibles respuestas desde el ámbito sanitario y social.

El objetivo principal que pretende este estudio sería conocer la prevalencia y características de la violencia que sufren las mujeres con un trastorno mental grave por parte de su pareja y/o ex parejas. Este objetivo se podría concretar en los siguientes objetivos específicos:

- a. Determinar la prevalencia de la violencia de pareja en mujeres con trastorno mental grave seleccionadas para el estudio y su comparación con datos obtenidos en población general y en muestras de mujeres con trastorno mental grave de otros países.
- b. Estudiar el tipo y características de la violencia sufren estas mujeres:
 - Tipo de agresión: psicológica, sexual y/o física
 - Tipo de agresor: pareja o ex pareja
 - Gravedad de la violencia.
- c. Estudiar la autocalificación de la mujer maltratada como tal o no.
- d. Estudiar la actuación o respuesta de la mujer ante la situación de maltrato.

- e. Estudiar la detección del maltrato por parte de los profesionales de la red de salud mental donde estas mujeres son atendidas: grado de detección, tipo de maltrato mejor detectado, tipo de dispositivo de la red con mayor capacidad de detección.
- f. Estudiar la relación entre el inicio del maltrato y comienzo de la sintomatología psiquiátrica.
- g. Estudiar la relación entre maltrato y descompensación-gravedad del trastorno mental.
- h. Estudiar la relación entre el maltrato y el apoyo social percibido.
- i. Estudiar la relación entre maltrato y el abuso físico en la infancia
- j. Estudiar la relación entre maltrato y el abuso sexual en la infancia
- k. Estudiar la relación entre el maltrato y las características sociales y demográficas de las mujeres
- l. Estudiar la relación entre el maltrato y las características clínicas.

De los objetivos anteriores a, f, g, h, i, j se desprenderían las siguientes hipótesis de trabajo:

- La bibliografía nos muestra que presentar un diagnóstico de trastorno mental grave supone un factor de riesgo para ser víctima de cualquier tipo de violencia. Este hecho lleva a plantearnos la siguiente hipótesis:
 - o Hipótesis 1: existirá mayor prevalencia de maltrato por parte de sus parejas en mujeres con trastorno mental grave que en otros grupos de mujeres que no presenten este diagnóstico. Para ello se comparan las prevalencias obtenidas en nuestro trabajo con datos de estudios con mujeres de población general, con mujeres con otras discapacidades y con mujeres con otros diagnósticos.
- La violencia que sufre una mujer con un trastorno mental grave por parte de su pareja puede estar influenciada por la duración del trastorno psiquiátrico. Así, una duración mayor del trastorno puede conformar un factor de riesgo

mayor de agresiones. Esta circunstancia es la que se plantea en la siguiente hipótesis operativa:

- Hipótesis 2: existirán significativamente más casos de maltrato por parte de la pareja/ex pareja (Variable Dependiente-VD) entre mujeres con un *curso del trastorno más prolongado* (Variable Independiente-VI). La duración del trastorno se considerará en función de las siguientes variables: edad de inicio de la enfermedad y años en tratamiento en salud mental.
- Relacionada la suposición anterior se puede conjeturar que las mujeres que presentan mayor gravedad en cuanto a las manifestaciones de la enfermedad, tanto sintomatológicas como de funcionamiento psicosocial, pueden ser víctimas de agresiones por parte de su pareja con más frecuencia que otras mujeres, también con trastorno mental grave, pero con menos impacto de la enfermedad. Esto lleva a plantearnos las siguientes dos hipótesis operativas:
 - Hipótesis 3: existirán significativamente más casos de maltrato por parte de la pareja/ex pareja a lo largo de la vida (VD) entre mujeres con *más descompensaciones clínicas* (VI). Las descompensaciones clínicas a lo largo de la vida se considerarán en función de la siguiente variable: historia de ingresos psiquiátricos.
 - Hipótesis 4: existirán significativamente más casos de maltrato por parte de la pareja/ex pareja en el último año (VD) entre mujeres con *más descompensaciones clínicas en el último año* (VI). Las descompensaciones clínicas en el último año se considerarán en función de las siguientes variables: estabilidad en los últimos seis meses, puntuación en la escala EEFG (funcionamiento global y sintomatología) e ingresos psiquiátricos en el último año.
- Considerando la red social como un elemento protector y amortiguador de múltiples acontecimientos vitales adversos, entre los que podemos incluir la violencia en las relaciones de pareja, las mujeres con un escaso o insuficiente

apoyo social estarán en más riesgo de padecer este tipo de violencia. Esta suposición es la que justifica el planteamiento de la siguientes hipótesis operativa:

- Hipótesis 5: existirán significativamente más casos de maltrato por parte de la pareja/ex pareja (VD) entre mujeres con un *apoyo social menor* (VI). El apoyo social se considerará en función de la puntuación en el cuestionario Duke-UNC.
- El haber sufrido experiencias traumáticas en la infancia puede ser un riesgo añadido para ser víctima en la edad adulta de violencia por parte de la pareja. Estos abusos infantiles, en especial los físicos y sexuales, se podrían considerar a modo de un factor de vulnerabilidad de padecer violencia en las relaciones íntimas en la edad adulta. Esta sospecha justifica la hipótesis operativa siguientes:
 - Hipótesis 6: la frecuencia del maltrato (VD) será significativamente mayor entre mujeres que hayan sufrido *abusos en la infancia* (VI). El abuso en la infancia se considerará en función de las siguientes variables: abuso físico en la infancia y abuso sexual en la infancia.

4.2 Material y método

4.2.1 Diseño del estudio

Para el presente estudio se ha utilizado un diseño de encuesta de carácter transversal. La recogida de datos de cada participante se efectuaba en un único momento de medida, a través de entrevista en la que se aplicaban una serie de instrumentos que se detallarán posteriormente en el apartado de “Instrumentos”.

4.2.2 Aspectos éticos

El presente estudio fue presentado para su valoración y aprobado por el “Comité Ético de Investigación Clínica” del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares el 2 de diciembre de 2010.

A pesar que el estudio no implica ningún daño para las participantes ni se iba a llevar a cabo ninguna práctica que pueda implicar un riesgo añadido a la situación clínica de las pacientes, el estudio se ajustó a los siguientes aspectos éticos:

- A las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión se les informó del estudio y se solicitó su consentimiento informado por escrito para la participación en el mismo.
- A las personas participantes se le recalcó el hecho de que podían retirarse del estudio en cualquier momento: antes de la entrevista, durante la entrevista o posteriormente a ella, sin necesidad de argumentar los motivos y con solo una petición verbal. Se les aseguró que en caso de renunciar a participar todos los datos obtenidos hasta ese momento en el estudio serían destruidos.
- Los datos recabados para el estudio fueron los estrictamente necesarios e imprescindible para el cumplimiento de sus objetivos. Dichos datos son los que se desprenden de la cumplimentación de los instrumentos que se detallarán en el apartado correspondiente y que se incluyen en los anexos.

- Se garantizó el anonimato del estudio. Los datos y respuestas de las participantes fueron registrados informatizadamente sin que se recogiese ningún dato que pudiera identificar a la paciente. Estos datos se consignaron con un número aleatorizado que preservó en todo momento la identidad de los pacientes.

Por otro lado y complementariamente a lo anterior el estudio se ajustó al documento de la OMS sobre recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2001) y que se resumen en:

- a. La seguridad de las entrevistadas y del equipo de investigación es esencial y debe guiar todas las decisiones del proyecto.
- b. Los estudios de prevalencia necesitan ser metodológicamente acertados y basados en la experiencia actual de investigación sobre la manera de reducir a un mínimo la subnotificación del maltrato.
- c. Es esencial proteger la confidencialidad a fin de garantizar tanto la seguridad de las mujeres como la calidad de los datos.
- d. Todos los miembros del equipo de investigación deben seleccionarse cuidadosamente y recibir adiestramiento y apoyo continuo especializados.
- e. El diseño del estudio debe incluir acciones diferentes encaminadas a reducir toda dificultad posible que la investigación ocasione a las participantes.
- f. Las trabajadoras de campo deben recibir adiestramiento para derivar a las mujeres que soliciten asistencia a las fuentes disponibles de apoyo.
- g. Los investigadores y los donantes tienen una obligación ética de ayudar a garantizar que sus resultados se interpreten adecuadamente y que se usen para impulsar el desarrollo de políticas e intervenciones.
- h. Las preguntas sobre violencia solo deben incorporarse a las encuestas diseñadas a otras finalidades cuando puedan satisfacerse los requisitos éticos y metodológicos.

4.2.3 Muestra

Los criterios de inclusión de participantes en el estudio fueron:

- Ser mujer
- Mayor de 18 años
- Casadas o que hayan estado casadas, que convivan o hayan convivido en pareja.
- Con un diagnóstico de trastorno mental grave: trastornos esquizofrénicos (F20), trastornos esquizotípicos (F21), trastornos delirantes persistentes (F22), trastornos delirantes inducidos (F24), trastornos esquizoafectivos (F25), otros trastornos psicóticos de origen no orgánico (F28 y F29), trastorno bipolar (F31) y trastorno de la personalidad (F60).
- Incluidas en el programa de continuidad de cuidados del Servicio de Salud Mental de Alcalá de Henares o del Servicio de Salud Mental de Hortaleza o atendidas en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares o en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de San Fernando de Henares. Este criterio de inclusión nos asegura que las mujeres reclutadas en cualquiera de estas cuatro alternativas presentan un trastorno mental grave según criterios definidos en el apartado 2.2.2. “Concepto y definiciones del trastorno mental grave”: diagnóstico psiquiátrico grave, duración de la enfermedad y presencia de discapacidad.

Los criterios de exclusión de participantes en el estudio fueron:

- Que la participación en el estudio suponga un riesgo para la seguridad de la mujer (criterio señalado en el documento “Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres” (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2001)).

Según los criterios anteriores se contacta, bien personalmente o por teléfono con 395 mujeres. Ninguna de las mujeres contactadas cumplió el criterio de exclusión señalado anteriormente. En este primer contacto se explica el estudio, en qué consistiría su participación y la voluntariedad de su colaboración.

Se producen 142 rechazos o imposibilidades para contactar. Esto supone una aceptación del 64,05%. Las razones principales para la no participación fueron:

- Rechazo voluntario a participar: 49 mujeres
- No se localiza a la persona: 42 mujeres
- No acude a la entrevista una vez concertada: 23 mujeres
- Inestabilidad psiquiátrica: 10 mujeres
- Negación a firmar el consentimiento: 4 mujeres
- Otros motivos (imposibilidad horaria, abandono durante la entrevista, etc.): 14 mujeres.

De las 253 mujeres entrevistadas se seleccionaron aquellas que estaban o estuvieron casadas y las que conviven o han convivido con una pareja, quedando la muestra final del estudio constituida por 142 mujeres.

No se descarta ninguna entrevista por sesgo en las respuestas o interferencia de la sintomatología en la fiabilidad de las respuestas de la mujer entrevistada.

La distribución de las entrevistas por centro se detalla en la tabla siguiente.

Tabla 9. Distribución de entrevistas por centro

Centro	Nº entrevistas		% entrevistas	
SSM Alcalá de Henares	46		32,4	
SSM Hortaleza	58		40,8	
CRPS Alcalá de Henares	27		19,0	
CRPS San Fernando de Henares	11		7,7	
Total	142		100,0	

4.2.4 Dominios e instrumentos de evaluación

La selección de los dominios e instrumentos de evaluación utilizados en este trabajo se sustentó en la revisión de los principales trabajos nacionales e internacionales relacionados con el tema de la violencia de pareja. Se determinó que la entrevista

estructurada con cada mujer era la estrategia más adecuada para la aplicación de la batería de instrumentos seleccionados. Los datos recogidos durante la entrevista se codificaban en una aplicación informática creada para el estudio.

Los dominios e instrumentos de evaluación seleccionados y aplicados en este estudio aparecen en la siguiente tabla.

Tabla 10. Dominios e instrumentos de evaluación

DOMINIOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
Datos sociodemográficos y clínicos	Cuestionario de diseño propio
Cuestionario de violencia de pareja hacia las mujeres: violencia psicológica y sexual	<i>Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France</i> (Enveff) (Jaspard y L'équipe Enveff, 2006; Zorrilla et al., 2005)
Cuestionario de violencia de pareja hacia las mujeres: agresiones físicas	<i>Conflict Tactics Scales</i> (CST-1) (Straus, 1979; Zorrilla et al., 2005)
Apoyo Social	Cuestionario DUKE-UNC (Broadhead et al., 1988; Bellón et al., 1996)
Funcionamiento Global-Gravedad	Escala de evaluación del funcionamiento global (EEFG) (APA American Psychiatric Association, 1995)

La encuesta sobre violencia se complementó en dos aspectos respecto a la versión original:

- Información sobre la existencia de maltrato a lo largo de la vida. La versión original solo recaba información sobre los 12 meses anteriores al momento de la entrevista. Con el objetivo de tener una visión no sólo actual sino longitudinal de la historia de maltrato sufrido por la mujer se solicitó de ésta que aportase datos por un lado de los 12 últimos meses y por otro de toda su vida adulta, especificando en la entrevista que se refería al periodo desde el final de la adolescencia hasta un año antes de la entrevista.
- Información sobre el/los agresor/es con el objetivo de descartar la violencia que no proviniese de parejas o ex parejas.

También se incluyeron preguntas en la entrevista con la mujer referidas a los siguientes asuntos:

- Duración de la situación de maltrato: en caso que la mujer, según sus respuestas en el Cuestionario de Maltrato, hubiese sido identificada como

víctima de violencia de pareja se le hacía la pregunta: *“¿Cuántos años llevaban de relación de pareja cuando se iniciaron los malos tratos?”*.

- Autocalificación de la mujer como víctima de maltrato con la siguiente pregunta: *“¿Se considera una mujer maltratada?”*.
- Relación del maltrato con agravamiento de la enfermedad. Si la mujer refería agresiones por parte de su pareja se le realizaba la siguiente pregunta: *“¿Las agresiones coinciden con descompensaciones o crisis de su enfermedad?”*
- Ubicación biográfica del inicio del maltrato respecto al inicio de la enfermedad psiquiátrica. Se preguntaba a la mujer víctima de maltrato: *“Cuando usted sufrió la primera agresión por parte de su pareja ¿estaba ya en tratamiento en salud mental?”*
- Actuación de la víctima ante el maltrato: denuncia, asesoramiento, etc. Si la mujer había sufrido maltrato se preguntaba una vez finalizado el Cuestionario de violencia de pareja lo siguiente: *“¿Alguna vez informó a alguien de esta situación, acudió a algún centro, buscó ayuda, puso una denuncia? ¿A quién informó o a dónde acudió?”*.
- Abusos físicos en la infancia: existencia o no y agresor/es. La pregunta formulada fue: *“¿Ha sufrido usted abuso físico en la infancia?. ¿Por parte de quién?”*.
- Abusos sexuales en la infancia: existencia o no y agresor/es. La pregunta formulada fue: *“¿Ha sufrido usted abuso sexual en la infancia?. ¿Por parte de quién?”*.

Al profesional de salud mental responsable de la paciente se le recaba información sobre:

- Conocimiento o no de la situación de maltrato de la paciente, identificación del tipo de violencia y agresor.
- Estabilidad psiquiátrica de la paciente en los últimos 6 meses.
- Puntuación de la *Escala de evaluación del funcionamiento global (EEFG)*.

El entrevistador, además de cumplimentar los instrumentos, tenía que hacer una valoración sobre la fiabilidad de las respuestas de la mujer entrevistada. Esto se hacía para descartar respuestas que pudieran estar influenciadas por la sintomatología de la paciente. En ningún caso fue necesario descartar ninguna entrevista ya que el descarte se producía anteriormente (como se señaló antes, 10 mujeres de la muestra inicial no participaron por inestabilidad psiquiátrica).

A continuación se detallan las características de los instrumentos utilizados (se incluyen en el anexo):

- **Datos sociodemográficos y clínicos:** se construye una plantilla con los datos más relevantes que eran preguntados directamente a la paciente o bien eran extraídos de su historia clínica.
 - Datos sociodemográficos: municipio de residencia, país de origen, edad, estado civil, tipo de convivencia, años de convivencia, número de hijos, nivel educativo, ingresos económicos de la mujer, procedencia de los ingresos económicos, profesión y situación laboral.
 - Datos clínicos: centro donde es atendida, fecha primer contacto con el centro, meses de evolución desde el primer contacto con salud mental, edad de inicio de la enfermedad, declaración de discapacidad, diagnóstico principal, número de ingresos psiquiátricos en el último año y en toda su vida.
- **Cuestionario de violencia de pareja hacia las mujeres:** como se señala en la tabla anterior sobre dominios e instrumentos, la encuesta sobre violencia de pareja consta de dos instrumentos: uno para medir la violencia psicológica y sexual (Enveff) y otro para medir la violencia física (CST-1). No habiendo consenso internacional sobre un instrumento de medida de la violencia hacia la mujer por parte de su pareja, la elección de esta encuesta ha estado motivada principalmente por tres razones: la encuesta utiliza instrumentos estandarizados y reconocidos internacionalmente, la encuesta está validada en muestra española (Zorrilla, Morant, Polo, Pires, García, Lasheras, *et al.*, 2005; Lasheras *et al.*, 2008) y ha sido utilizada recientemente en un estudio

poblacional general con mujeres de la Comunidad de Madrid (Lasheras et al., 2008). Este último hecho, la utilización en el estudio de Madrid y en el nuestro de los mismos instrumentos, nos puede permitir realizar cierta comparación entre prevalencias de la violencia de pareja en mujeres de población general y mujeres con trastorno mental grave. Esta comparación no puede ser más que una aproximación “grosera” al tema ya que aun compartiendo los mismos instrumentos existe una diferencia metodológica entre ambos estudios que debe matizar cualquier comparación, a saber, el estudio de Madrid realiza las entrevistas telefónicamente mientras que en nuestro estudio las entrevistas eran presenciales.

El cuestionario de violencia hacia las mujeres consta de una valoración de la violencia psicológica, la sexual y la física. Los principales resultados de validación en muestra española son (Zorrilla et al., 2005; Lasheras et al., 2008):

- Para la escala de abuso psicológico:
 - o Sensibilidad (IC 95%): 71,7% (70,6-72,9)
 - o Especificidad (IC 95%): 94,0% (93,0-95,0)
 - o Índice de Youden: 0,70
 - o Razón de verosimilitud: positiva 11,9 (11,9-12,0) y negativa 0,3 (0,3-0,3).
- Para la escala de abuso sexual:
 - o Sensibilidad (IC 95%): 28,5% (24,8-32,3)
 - o Especificidad (IC 95%): 95,1% (94,4-95,7)
 - o Índice de Youden: 0,24
 - o Razón de verosimilitud: positiva 5,86 y negativa 0,76.
- Para la escala de abuso física (CTS-1):
 - o Sensibilidad (IC 95%): 75% (71,7-78,2)
 - o Especificidad (IC 95%): 95,0% (94,3-95,6)
 - o Índice de Youden: 0,70
 - o Razón de verosimilitud: positiva 15 y negativa 0,26.

- Globalmente, para el cuestionario completo:
 - o Sensibilidad (IC 95%): 80,4% (79,3-81,6)
 - o Especificidad (IC 95%): 90,0% (88,9-91,0)
 - o Índice de Youden: 0,70
 - o Razón de verosimilitud: positiva 8,0 (8,0-8,1) y negativa 0,22 (0,22-0,22).

Como se comentó anteriormente este cuestionario está construido en base a otros dos instrumentos:

- *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff)*: esta encuesta fue creada para medir la violencia contra la mujer en diferentes ámbitos. La encuesta se realizó por teléfono, de marzo a julio de 2000, entre una muestra representativa aleatorizada de 6.970 mujeres de 20 a 59 años que vivían en Francia metropolitana, fuera de las instituciones de acogida. La encuesta consta de 9 módulos: características socio-demográficas de la entrevistada, salud física y mental, situaciones de violencia contra las mujeres (psicológica, verbal, sexual y física) y contextos donde pueden ocurrir (espacios públicos, trabajo, estudios, vida en pareja, ex pareja, familia, etc.), frecuencia temporal y reincidencia de las agresiones. La encuesta sobre violencia se centra en los 12 meses previos a la entrevista pero el último módulo rastrea agresiones contra la mujer a lo largo de la edad adulta tras los 18 años. La encuesta tuvo un índice de rechazo bajo, del 12,3% (Jaspard y Équipe Enveff, 2000).

Como se comentó anteriormente las autoras del Cuestionario sobre violencia de pareja utilizaron las preguntas del modulo de vida en pareja de la encuesta Enveff para medir la violencia psicológica y la violencia sexual.

Para la violencia psicológica utilizaron las 14 preguntas que indagaban este aspecto en el Enveff, desdoblado la pregunta C6. del Enveff *“No ha tenido en cuenta sus opiniones, o le dice lo que*

usted debe de pensar” en dos preguntas: “*No ha tenido en cuenta sus opiniones*” y “*Le dice lo que usted debe de pensar*”. De esta forma el Cuestionario sobre violencia en la valoración de las agresiones psicológicas quedó constituido por 15 cuestiones. Doce preguntas se valoraban en una escala con 5 alternativas de respuestas: nunca, rara vez, algunas veces, muchas veces y constantemente. Tres preguntas se valoraban en una escala de con 6 alternativas de respuestas: nunca, 1 vez, 2-3 veces, 4-10 veces, más de 10 veces y prácticamente todos los días/siempre. En la tabla siguiente se muestran las cuestiones sobre violencia psicológica.

Tabla 11. Preguntas sobre agresiones psicológicas del cuestionario de violencia de pareja

- | |
|--|
| P1. Le ha impedido hablar o ver a sus amigos o familiares |
| P2. Le impide hablar con otros hombres (es celoso) |
| P3. Ha criticado o desvalorizado lo que usted hace |
| P4. Ha hecho comentarios desagradables sobre su apariencia física |
| P5. Le ha impuesto un modo de vestirse, peinarse o comportarse en público |
| P6. No ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones |
| P7. Le dice lo que usted debe pensar |
| P8. Le ha exigido saber con quién y dónde ha estado usted |
| P9. Ha dejado de hablarle o se ha negado totalmente a discutir |
| P10. ¿Le ha impedido tener acceso al dinero para las necesidades de la vida cotidiana? |
| P11. (Sólo para las que han dicho tener hijos) ¿La ha amenazado con quitarle o llevarse a sus hijos? |
| P12. ¿La ha amenazado con suicidarse?* |
| P13. ¿La ha amenazado con hacer daño a usted o a sus familiares? * |
| P14. ¿La ha insultado u ofendido? |
| P15. ¿La ha echado de casa o le ha impedido entrar en ella?* |
| * (cuantitativa, se expresa en nº de veces) |

Respecto a las agresiones sexuales el cuestionario recoge las dos preguntas sobre abuso sexual que aparecen en el módulo de vida de pareja del Enveff. Las dos preguntas presentan respuesta de forma cuantitativa y se expresan en número de veces en una escala similar a la comentada anteriormente para este tipo de preguntas en la violencia psicológica. Las dos preguntas se muestran en la tabla siguiente.

Tabla 12. Preguntas sobre agresiones sexuales del cuestionario de violencia de pareja

P16. ¿Ha utilizado la fuerza para tener relaciones sexuales con usted? *
P17. ¿Le ha impuesto actos sexuales que usted rechazaba? *
* (cuantitativa, se expresa en nº de veces)

- *Conflict Tactics Scales (CST-1)*. Esta escala es una de las más utilizadas en la literatura sobre el tema para evaluar la violencia física. La escala fue creada en 1979 para analizar las estrategias de resolución de conflictos dentro de las familias (Straus, 1979). Consta de 18 ítems que describen acciones que se pueden poner en marcha ante un conflicto y que se pueden agrupar en tres subescalas: diálogo (3 ítems), agresión verbal (6 ítems) y violencia física (9 ítems). Se pide a los sujetos que indiquen si han usado ciertas conductas para resolver conflictos en sus relaciones íntimas y la frecuencia de su utilización. Las opciones de frecuencia son 0= nunca; 1=una vez; 2= dos veces; 3= de tres a cinco veces; 4=de seis a diez veces; 5=de 11 a 20 veces; 6= más de 20 veces. El CST-1 ha sido traducida a números idiomas y validada en diferentes muestras, incluidas españolas. La subescala más utilizada en la literatura es la correspondiente a la violencia física que es también la seleccionada por las autoras del Cuestionario de violencia utilizado en este trabajo para medir la violencia física. En la tabla siguiente se muestran las nueve preguntas que evalúan violencia física.

Tabla 13. Preguntas sobre agresiones físicas del cuestionario de violencia de pareja

P18. ¿Le tiró algo (algún objeto)?
P19. ¿Le empujó, agarró o la tiró?
P20. ¿Le dio una bofetada?
P21. ¿Le dio patadas, la mordió o le dio un puñetazo?
P22. ¿Le pegó o trató de pegarle con alguna cosa?
P23. ¿Le dio una paliza?
P24. ¿La agarró del cuello?
P25. ¿Le amenazó con un cuchillo o pistola?
P26. ¿Usó un cuchillo o una pistola?
* Las respuestas de todas las preguntas se expresan en nº de veces

El Cuestionario de violencia de pareja hacia las mujeres evalúa la violencia acaecida los 12 meses previos a la entrevista. Con el objetivo de valorar el maltrato sufrido por parte de la pareja y ex parejas a lo largo de la vida, se incluyó en cada una de las 26 preguntas respuestas referidas a toda la vida de la mujer. Así sobre cada cuestión la mujer entrevistada respondía por un lado respecto a los últimos 12 meses y por otro respecto a toda su vida anterior (excluido el último año). Como se verá en los resultados y era lógico prever todas las mujeres que sufrieron violencia por parte de su pareja o ex pareja en el último año también la habían sufrido anteriormente. En el anexo correspondiente a instrumentos se incluye el cuestionario utilizado.

CRITERIO DE CASO: se utilizaron los criterios de caso establecidos en el estudio sobre violencia de pareja hacia mujeres en la Comunidad de Madrid (Lasheras et al., 2008). Estos criterios permiten conocer la prevalencia de violencia general así como la prevalencia de cada uno de los tres tipos de violencia estudiada: psicológica, sexual y física. Para determinar los criterios de caso el grupo de Lasheras realizó un estudio para establecer la validez de criterio del cuestionario consensuando un “estándar de referencia” que pusieron a prueba con la realización de entrevistas previas a su trabajo, análisis de los componentes principales, regresión logística y comprobación

de diferentes combinaciones hasta encontrar el punto adecuado de sensibilidad y especificidad del instrumento. Los criterios de caso quedaron establecidos en los siguientes supuestos:

- Caso de abuso/violencia psicológica (p1 a p15): Uno de los siguientes:
 - 3 o más respuestas a partir de “algunas veces” (o a partir de 4 o más veces en las cuantitativas) ó
 - 1 o más respuestas a partir de “muchas veces” o “sistemáticamente” (o a partir de 10 o más veces en las cuantitativas)
- Caso de abuso/violencia **sexual** (p16-p17):
 - 1 o más respuestas a partir de 1 vez (cualquier respuesta distinta a nunca)
- Caso de abuso/violencia **física** (CTS-1:p18-p26):
 - 1 o más respuesta a partir de 1 vez (cualquier respuesta distinta a nunca).
- **Caso abuso/violencia de pareja:** se considera caso cualquier mujer que haya sido calificada como caso en cualquier tipo de violencia: psicológica, sexual y/o física. Es decir, ser caso en al menos un tipo de violencia ya determina ser caso de violencia de pareja:
 - Caso abuso/violencia psicológica y/o Caso abuso/violencia sexual y/o Caso abuso/violencia física
- **Cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC** (Broadhead, Gehlbach, de Gruy y Kaplan, 1988; Bellón, Delagado, Luna y Lardelli, 1996). La medida de apoyo social en mujeres víctimas de maltrato por su pareja ha sido incluido en este trabajo para estudiar la relación entre ambos dominios, el maltrato y el apoyo social. Tampoco existe consenso en el instrumento a utilizar y la elección del Cuestionario DUKE-UNC ha estado motivado en primer lugar por intentar evaluar el apoyo social percibido por la propia persona más que medidas objetivas de apoyo, en segundo lugar por ser un

instrumento muy utilizado en todo tipo de población y también en trastorno mental, en tercer lugar por ser muy sencillo y estar validado en población española y en cuarto y último lugar por ser el instrumento también utilizado en el estudio que se comentó anteriormente sobre violencia de pareja en la Comunidad de Madrid con mujeres de población general. Consta de 11 ítems que miden apoyo confidencial (7 preguntas) y apoyo afectivo (4 preguntas). Las respuestas se ordenan en una escala tipo Likert con un rango de puntuaciones desde el 1 (“en desacuerdo”) al 5 (“totalmente de acuerdo”). La puntuación de apoyo social se obtiene sumando las puntuaciones de cada pregunta (mínima de 11 y máxima de 55). El apoyo social se califica en normal (puntuación mayor a 32 puntos, por encima del percentil 15) y bajo (menor o igual a 32 puntos). El cuestionario puede aplicarse de forma autoadministrada o por entrevistador. Los coeficientes de correlación intraclase de los 11 ítems del cuestionario fueron superiores a 0,50, tanto si eran autocumplimentados como con entrevistador; los de la escala fueron 0,92 y 0,80, respectivamente (Bellón et al., 1996). En el anexo de instrumentos se muestra el cuestionario DUKE-UNC. Las 11 preguntas del cuestionario aparecen en la siguiente tabla.

Tabla 14. Ítems cuestionario apoyo social funcional DUKE-UNC

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede5.- Recibo amor y afecto6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama |
|--|

- **Escala de evaluación del funcionamiento global (EEFG)** (APA American Psychiatric Association, 1995). Esta escala corresponde al instrumento de valoración del eje V del DSM-IV. Es utilizada para evaluar la actividad general del paciente, su funcionamiento psicosocial y la gravedad de los síntomas. Su uso está muy extendido y su sencillez en la aplicación fueron razones de peso para seleccionar este instrumento en la valoración de la gravedad actual del trastorno psiquiátrico y del funcionamiento psicosocial de las mujeres participantes en este estudio. El profesional realiza la evaluación referida al momento actual y emite una única puntuación sobre una escala de 1 a 100 correspondiendo peor funcionamiento global a las puntuaciones bajas y mejor funcionamiento a puntuaciones altas. La escala está dividida en 10 tramos y para orientar la valoración del clínico, en cada uno de ellos está descrito el funcionamiento psicosocial y sintomático correspondiente a ese rango de puntuación. En caso que la valoración del funcionamiento psicosocial y de la gravedad de los síntomas no coincidan, se valorará a la persona en la peor de las dos puntuaciones. La puntuación en el EEFG correlaciona con la complejidad o gravedad del diagnóstico, así por ejemplo las personas con un diagnóstico de esquizofrenia presentan de forma significativa peores puntuaciones en el EEFG respecto a otros diagnósticos.

4.2.5 Procedimiento

Una vez seleccionados los instrumentos a utilizar en este estudio se confeccionó un modelo de entrevista que se puso a prueba sobre una muestra piloto de 62 mujeres atendidas en los Centros de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares y San Fernando de Henares. Tras esta prueba piloto se estableció la versión definitiva de la entrevista (ver anexo correspondiente). La versión definitiva de la entrevista era similar a la original con el añadido de algunas preguntas y datos sociodemográficos y clínicos que se consideraron de interés para ampliar las variables a analizar (por ejemplo la existencia de abuso en la infancia, el inicio del maltrato, las actuaciones de la mujer respecto a la situación del maltrato, etc.).

La aplicación de las entrevistas fue realizada por algunos profesionales de los dispositivos donde eran atendidas las mujeres (SSM de Alcalá de Henares y de Hortaleza; CRPS de Alcalá de Henares y de San Fernando de Henares). Los profesionales que colaboraron eran psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. También se contó con la colaboración de una psicóloga externa que no era personal de plantilla de los dispositivos. Para el trabajo de campo se contó con financiación económica procedente de subvención relativa a la implementación de las estrategias del sistema nacional de salud en el año 2010. RD 829/2010, de 25 de junio (BOE 09/07/10) encuadrado en el punto 3. "Prevención de violencia de género".

La entrevista podía ser concertada por dos procedimientos: telefónicamente o cuando la mujer acudía a consulta al dispositivo. En ambos casos se explicaba el objetivo de la investigación y en qué iba a consistir su colaboración. Si la persona accedía a colaborar se la emplaza a la entrevista. La entrevista siempre comenzaba con la explicación del consentimiento informado, resolución de dudas sobre el estudio y firma si consentía. La duración aproximada era de 10-15 minutos si la mujer no refería ser víctima de violencia por parte de su pareja y en torno a los 30 minutos en el caso de sufrir agresiones. Los datos recabados al terapeuta de la paciente ocupaban como máximo 5 minutos. Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de diciembre de 2010 y febrero de 2011. Las respuestas eran codificadas en base de datos en soporte informático. Si el entrevistador no estaba cómodo con este sistema, podía recoger las respuestas en formato papel según formato estandarizado y posteriormente se pasaban a la base de datos.

4.2.6 Análisis estadístico de los datos e interpretación de los resultados

El conjunto de datos se procesó utilizando la versión 18.0.0 del paquete estadístico PASW Statistics 18 (anteriormente *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS Statistics*).

En un primer lugar, se analiza la población muestral con fines puramente descriptivos. Las medidas utilizadas son la media aritmética y la desviación típica para los datos cuantitativos. Los cualitativos están expresados en forma de porcentajes.

Posteriormente se realizan tablas de contingencia para comparaciones de grupos y significación estadística con residuos tipificados, chi-cuadrado de Pearson y Prueba T para muestras independientes. Significación de $p < 0,05$ ó $p < 0,01$.

4.3 RESULTADOS

En esta apartado se presentarán los resultados del estudio. En primer lugar se presentaran los datos que describen la muestra global, posteriormente los resultados sobre violencia contra la mujer por parte de su pareja referidos al último año y por último los resultados referidos a la violencia sufrida a lo largo de la vida. Cada uno de los dos apartados sobre violencia de pareja, la sufrida en el último año y la sufrida a lo largo de la vida, se ordenará en dos grandes bloques: el primero referido a datos descriptivos y el segundo a los datos inferenciales. Atendiendo a los objetivos e hipótesis planteados en el apartado 4.1 de este trabajo los datos intentarán dar respuesta a los objetivos siguientes:

- a. Determinar la prevalencia de la violencia de pareja en mujeres con trastorno mental grave seleccionadas para el estudio y su comparación con datos obtenidos en población general y en muestras de mujeres con trastorno mental grave de otros países.
- b. Estudiar el tipo y características de la violencia sufren estas mujeres:
 - Tipo de agresión: psicológica, sexual y/o física
 - Tipo de agresor: pareja o ex pareja
 - Gravedad de la violencia.
- c. Estudiar la autocalificación de la mujer maltratada como tal o no.
- d. Estudiar la actuación o respuesta de la mujer ante la situación de maltrato.
- e. Estudiar la detección del maltrato por parte de los profesionales de la red de salud mental donde estas mujeres son atendidas: grado de detección, tipo de maltrato mejor detectado, tipo de dispositivo de la red con mayor capacidad de detección.
- f. Estudiar la relación entre el inicio del maltrato y comienzo de la sintomatología psiquiátrica.
- g. Estudiar la relación entre maltrato y descompensación/gravedad del trastorno mental.
- h. Estudiar la relación entre el maltrato y el apoyo social percibido.
- i. Estudiar la relación entre maltrato y el abuso físico en la infancia

- j. Estudiar la relación entre maltrato y el abuso sexual en la infancia
- k. Estudiar la relación entre el maltrato y las características sociales y demográficas de las mujeres
- l. Estudiar la relación entre el maltrato y las características clínicas.

Los análisis inferenciales abordarán los objetivos anteriores a, f, g, h, i, j, planteándose las siguientes hipótesis:

Objetivos	Hipótesis
<i>Objetivo a:</i> determinar la prevalencia de la violencia de pareja en mujeres con trastorno mental grave.	<i>Hipótesis 1:</i> existirá mayor prevalencia de maltrato por parte de sus parejas en mujeres con trastorno mental grave que en otros grupos de mujeres que no presenten este diagnóstico. Para ello se comparan las prevalencias obtenidas en nuestro trabajo con datos de estudios con mujeres de población general, con mujeres con otras discapacidades y con mujeres con otros diagnósticos.
<i>Objetivo f:</i> estudiar la relación entre el inicio del maltrato y comienzo de la sintomatología psiquiátrica.	<i>Hipótesis 2:</i> existirán significativamente más casos de maltrato por parte de la pareja/ex pareja (Variable Dependiente-VD) entre mujeres con un <i>curso del trastorno más prolongado</i> (Variable Independiente-VI). La duración del trastorno se considerará en función de las siguientes variables: edad de inicio de la enfermedad y años en tratamiento en salud mental.
<i>Objetivo g:</i> estudiar la relación entre maltrato y descompensación/gravedad del trastorno mental.	<i>Hipótesis 3:</i> existirán significativamente más casos de maltrato por parte de la pareja/ex pareja a lo largo de la vida (VD) entre mujeres con <i>más descompensaciones clínicas</i> (VI). Las descompensaciones clínicas a lo largo de la vida se considerarán en función de la siguiente variable: historia de ingresos psiquiátricos

	<p><i>Hipótesis 4:</i> existirán significativamente más casos de maltrato por parte de la pareja/ex pareja en el último año (VD) entre mujeres con <i>más descompensaciones clínicas en el último año</i> (VI). Las descompensaciones clínicas en el último año se considerarán en función de las siguientes variables: estabilidad en los últimos seis meses, puntuación en la escala EEFG (funcionamiento global y sintomatología) e ingresos psiquiátricos en el último año.</p>
<p><i>Objetivo h:</i> estudiar la relación entre el maltrato y el apoyo social percibido.</p>	<p><i>Hipótesis 5:</i> existirán significativamente más casos de maltrato por parte de la pareja/ex pareja (VD) entre mujeres con un <i>apoyo social menor</i> (VI). El apoyo social se considerará en función de la puntuación en el cuestionario Duke-UNC.</p>
<p><i>Objetivo i:</i> estudiar la relación entre maltrato y el abuso físico en la infancia.</p> <p><i>Objetivo j:</i> estudiar la relación entre maltrato y el abuso sexual en la infancia</p>	<p><i>Hipótesis 6:</i> la frecuencia del maltrato (VD) será significativamente mayor entre mujeres que hayan sufrido <i>abusos en la infancia</i> (VI). El abuso en la infancia se considerará en función de las siguientes variables: abuso físico en la infancia y abuso sexual en la infancia.</p>

4.3.1 Descripción de la muestra global

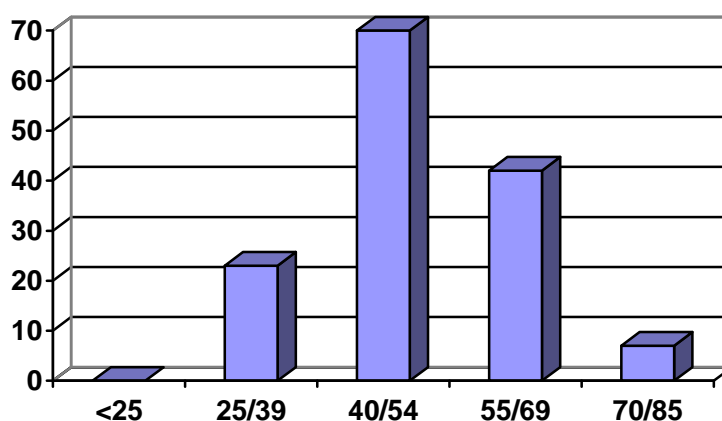
La muestra está compuesta por 142 mujeres con trastorno mental grave, conviviendo o que hayan convivido con una pareja y que estaban siendo atendidas en los Servicios de Salud Mental de Alcalá de Henares, Hortaleza y Centros de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares y San Fernando de Henares entre diciembre de 2010 y febrero de 2011.

La edad media de la muestra es de 50,9 años (DT=11,19) con una edad máxima de 78 años y una mínima de 27.

Su distribución por tramos es:

	Frecuencia	Porcentaje
<25	0	0
25/39	23	16,2
40/54	70	49,3
55/69	42	29,5
70/85	7	4,9
Total	142	100,0

Gráfica 1. Tramos de edad de la muestra.



Los principales datos sociodemográficos detallados son los siguientes:

- Municipio de residencia:

	Frecuencia	Porcentaje
Coslada	3	2,1
San Fernando de Henares	3	2,1
Velilla	1	,7
Mejorada	3	2,1
Alcalá de Henares	63	44,4
Meco	1	,7
Madrid (municipio)	63	44,4
Otro municipio	5	3,5
Total	142	100,0

- País-continente de origen:

	Frecuencia	Porcentaje
España	130	91,5
América	6	4,2
Europa	5	3,5
Resto	1	,7
Total	142	100,0

- La media de años de residencia en España en las 12 personas con un país de origen diferente fue de 24, 63 años (DT=10,1)

- Estado civil:

	Frecuencia	Porcentaje
Casadas	59	41,5
Separadas	25	17,6
Divorciadas	40	28,2
Parejas de hecho	11	7,7
Viudas	7	4,9
Total	142	100,0

- Nivel educativo:

	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	5	3,5
Estudios primarios incompletos	20	14,1
Estudios de primer grado (estudios primarios, EGB hasta 5º)	27	19,0
Estudios de segundo grado, primer ciclo (Graduado escolar, EGB hasta 8º, Bachiller elemental, etc.)	38	26,8
Estudios de segundo grado, segundo ciclo (Bachiller Superior, BUP, FP, etc.)	31	21,8
ESO	1	,7
Estudios de tercer grado universitarios, (primer ciclo)	15	10,6
Estudios de tercer grado universitarios, (segundo y tercer ciclo)	5	3,5
Total	142	100,0

- Tipo de convivencia:

	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	50	35,2
Pareja e hijos/as	24	16,9
Pareja, madre e hijos/as	1	,7
Pareja, madre y hermanos/as	1	,7
Hijos/as	16	11,3
Madre y padre	6	4,2
Madre	3	2,1
Madre e hijos/as	3	2,1
Madre, padre e hijos/as	1	,7
Madre y hermano/a	1	,7
Madre, padre y hermanos/as	1	,7
Padre	1	,7
Padre, hijos/as y otros	1	,7
Hermanos/as	2	1,4
Otros familiares	1	,7
Sola	21	14,8
Miniresidencia, piso supervisado, pensión concertada	6	4,2
Otros	3	2,1
Total	142	100,0

- Años de convivencia pareja actual: 18,11 (desviación típica 14,32)
(Máximo de 49 años; Mínimo de 1 año)

- Años de convivencia cuando comenzó el maltrato: 4,22 (DT 7,19)

- Hijos:

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	106	74,6
No	36	25,4
Total	142	100,0

- Media número de hijos entre las mujeres que sí tienen hijos: 2,14 (desviación típica 1,04) (Máximo de 6 hijos).

- Número de hijos:

	Frecuencia	Porcentaje
1	28	27,2
2	47	45,6
3	20	19,4
4	4	3,9
5	2	1,9
6	2	1,9
Total	142	100,0

- Ingresos económicos propios:

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	116	81,7
No	25	17,6
No se conoce/No contesta	1	,7
Total	142	100,0

- Nivel de ingresos:

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 300 euros	15	12,8
De 301 euros a 600 euros	44	37,6
De 601 euros a 900 euros	16	13,7
Más de 901 euros	38	32,5
No se conoce/No contesta	4	3,4
Total	117	100

- Procedencia de los ingresos:

	Frecuencia	Porcentaje
Pensión no contributiva	41	35,0
Pensión contributiva	33	28,2
RMI	1	0,85
Trabajo	24	20,5
Orfandad	4	3,4
Hijo a cargo	0	0
Otros	10	8,5
No se conoce/ No contesta	4	3,4
Total	117	100

- Profesión:

	Frecuencia	Porcentaje
Sin profesión	8	5,6
Trabajadoras no cualificados	35	24,6
Trabajadoras cualificados	44	31,0
Estudiantes	0	0
Amas de casa	48	33,8
Ocupaciones marginales	4	2,8
Otros	3	2,1
Total	142	100,0

- Situación laboral:

	Frecuencia	Porcentaje
Trabajando	20	14,1
Buscando su primer empleo	0	0
Parada	13	9,2
Estudiante	0	0
Jubilada, pensionista	34	23,9
Labores del hogar	47	33,1
Otros	1	0,7
No activa	24	16,9
No contesta/no se conoce	3	2,1
Total	142	100,0

Las principales características clínicas de las mujeres de este estudio se detallan a continuación:

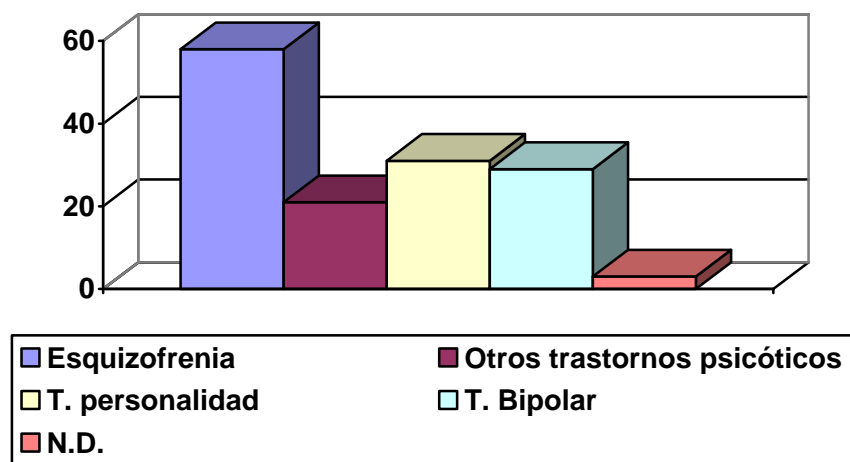
- Declaración de discapacidad:

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	84	59,2
No	48	33,8
En trámite	7	4,9
No contesta/no se conoce	3	2,1
Total	142	100,0

- Diagnóstico principal:

	Frecuencia	Porcentaje
Esquizofrenia	58	40,8
Otros trastornos psicóticos	21	14,8
Trastornos de personalidad	31	21,8
Trastorno bipolar	29	20,4
No disponible	3	2,1
Total	142	100,0

Gráfica 2. Diagnósticos de la muestra.



- Ingresos psiquiátricos en el último año:

	Frecuencia	Porcentaje
Sí ha tenido	31	21,8
No ha tenido	111	78,1
Total	142	100,0

- Media de ingresos psiquiátricos en el último año (entre las mujeres que sí han tenido): 1,67 (desviación típica: 0,97; máx.: 4 y mín: 1)

- Ingresos psiquiátricos a lo largo de la vida:

	Frecuencia	Porcentaje
Sí ha tenido	109	76,8
No ha tenido	33	23,2
Total	142	100,0

- Media ingresos psiquiátricos a lo largo de la vida (entre las mujeres que sí han tenido): 5,41 (desviación típica: 5,9; máx.: 32 y mín: 1)

- Estable en los últimos seis meses:

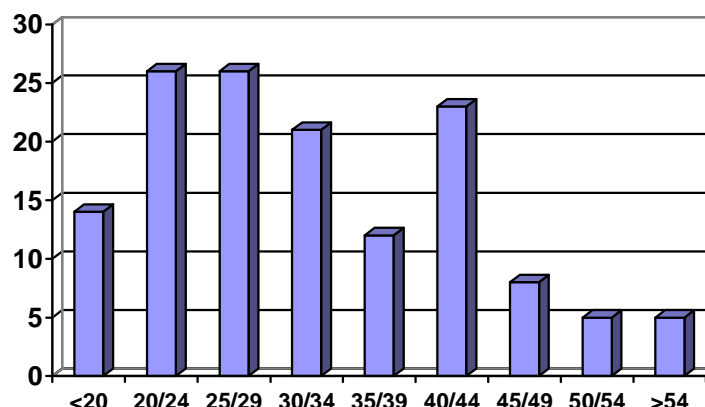
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	106	74,6
No	35	24,6
No se conoce	1	0,7
Total	142	100,0

- Meses de evolución desde el primer contacto con salud mental: 166 meses (desviación típica: 113,5 meses; máximo: 540 y mínimo 5 meses).
- Tramo de años de evolución desde el primer contacto con salud mental:

	Frecuencia	Porcentaje
< 5 años	27	19,0
5-9 años	24	16,9
10-14 años	28	19,7
15-19 años	22	15,5
20-24 años	28	19,7
25-29 años	2	1,4
>29 años	11	7,7
Total	142	100,0

- Edad al inicio de la enfermedad: 32,3 años (DT=11,7 meses; máximo de 75 años y mínimo 10 años).
- Tramo de edad al inicio de la enfermedad:

	Frecuencia	Porcentaje
menos de 20 años	14	9,9
20-24 años	26	18,3
25-29 años	26	18,3
30-34 años	21	14,8
35-39 años	12	8,5
40-44 años	23	16,2
45-49 años	8	5,6
50-54 años	5	3,5
más de 54 años	5	3,5
desconocido	2	1,4
Total	142	100,0

Gráfica 3. Tramos de edad inicio de la enfermedad de la muestra.

El perfil sociodemográfico tipo de la muestra correspondería a una mujer española, de cincuenta años, ama de casa, casada y que convive con su marido desde hace casi dos décadas, con dos hijos, con unos ingresos entre 300 y 600 euros que provienen de una pensión y con estudios básicos concluidos. En cuanto a las características clínicas la muestra estaría compuesto por mujeres mayoritariamente con certificado de discapacidad, un diagnóstico de psicosis, con cinco ingresos psiquiátricos hospitalarios, con más de una década de evolución del trastorno y que está estable actualmente de su enfermedad.

Otras características de la muestra global serían:

- Puntuación media en funcionamiento global EEFG: 61,99 (DT= 14,901; máximo=92; mínimo=25).
- Puntuación media en apoyo social DUKE-UNC: 36,49 (DT= 11,467; máximo=55; mínimo=12)
- Abuso físico en la infancia:

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	45	31,7
No	97	68,3
Total	142	100,0

- Abuso sexual en la infancia:

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	37	26,1
No	105	73,9
Total	142	100,0

4.3.2 Violencia de pareja sufrida en el ÚLTIMO AÑO por mujeres con trastorno mental grave: prevalencia, características y relaciones

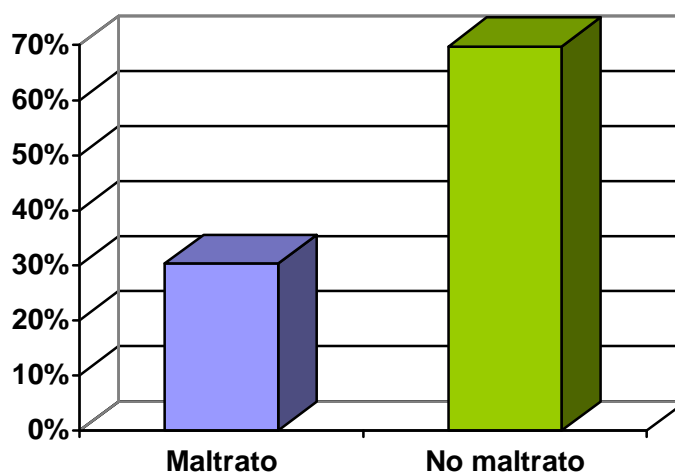
En este apartado se presentarán en primer lugar los datos descriptivos y características de la violencia de pareja. Posteriormente se presentarán los resultados de análisis de la relación entre la violencia de pareja y las variables independientes propuestas en el apartado 4.1: curso de la enfermedad, gravedad, apoyo social, abuso sexual en la infancia, abuso físico en la infancia, variables sociodemográficas y variables clínicas.

Todos los datos presentados en este apartado se refieren a los 12 meses anteriores a la realización de la entrevista con la mujer.

4.3.2.1 Prevalencia violencia pareja último año

Cuarenta y tres mujeres, de las 142 que componen la muestra, han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex pareja en el último año. Es decir, casi un tercio (30,3%) de las mujeres son o han sido en el último año agredidas por sus parejas o ex parejas.

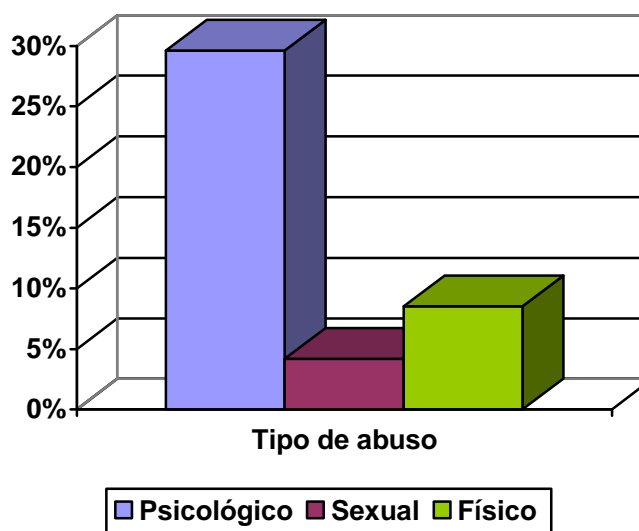
Gráfica 4. Prevalencia violencia último año



4.3.2.2 Tipo de violencia

Si analizamos el tipo de violencia ejercido observamos que la violencia psicológica es la más frecuente con casi el 30% (29,6%), seguida de la física con el 8,5% y en último lugar la sexual con el 4,2%. Si se combina la violencia física y la sexual tenemos que el 9,8% de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual en el último año.

Gráfica 5. Tipo de violencia último año



En la tabla siguiente se apuntan los porcentajes de cada una de las 26 preguntas del Cuestionario de Violencia. Se observa que entre las agresiones psicológicas las más frecuentes son el no tener en cuenta las opiniones de la mujer, las críticas o desvalorizaciones y los insultos. Se han dado agresiones sexuales en el último año en cuatro mujeres. La violencia física más frecuente son los empujones, agarrones o tirar al suelo.

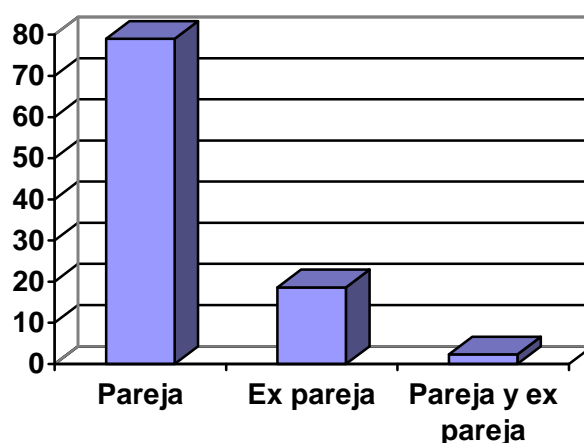
Tabla 15. Porcentajes de respuestas al cuestionario de violencia. Último año.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA						
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Siempre	
P1. Le ha impedido hablar o ver a sus amigos o familiares	89,4	1,4	3,5	4,3	1,4	
P2. Le impide hablar con otros hombres	88,7	2,1	4,3	4,3	0,7	
P3. Ha criticado o desvalorizado lo que usted hace	70,9	5,0	9,9	9,9	4,3	
P4. Ha hecho comentarios desagradables sobre su apariencia física	81,6	4,3	5,7	6,4	2,1	
P5. Le ha impuesto un modo de vestirse, peinarse o comportarse en público	85,0	1,4	5,7	7,1	0,7	
P6. No ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones	68,8	6,4	10,6	9,2	5,0	
P7. Le dice lo que usted debe pensar	84,2	0,7	3,6	9,4	2,2	
P8. Le ha exigido saber con quién y dónde ha estado usted	82,7	5,8	3,6	7,2	0,7	
P9. Ha dejado de hablarle o se ha negado totalmente a discutir	78,7	3,5	5,7	12,1	0	
P10. ¿Le ha impedido tener acceso al dinero para las necesidades de la vida cotidiana?	82,3	0,7	5,0	6,4	5,7	
P11. ¿La ha amenazado con quitarle o llevarse a sus hijos?	92,4	0	1,9	3,8	1,9	
P14. ¿La ha insultado u ofendido?	70,9	5,0	7,1	12,8	4,3	
	Nunca	1 vez	2-3 veces	4-10 veces	Más 10 veces	Siempre
P12. ¿La ha amenazado con suicidarse?	96,5	0	2,1	0	0,7	0,7
P13. ¿La ha amenazado con hacer daño a usted o a sus familiares?	93,0	0,7	3,5	1,4	1,4	0
P15. ¿La ha echado de casa o le ha impedido entrar en ella?	79,6	6,3	3,5	4,9	4,9	0,7
VIOLENCIA SEXUAL						
P16. ¿Ha utilizado la fuerza para tener relaciones sexuales con usted?	97,8	0	1,4	0	0	0,7
P17. ¿Le ha impuesto actos sexuales que usted rechazaba?	97,9	0	0,7	0,7	0	0,7
VIOLENCIA FÍSICA						
P18. ¿Le tiró algo (algún objeto)?	97,2	0,7	1,4	0,7	0	0
P19. ¿Le empujó, agarró o la tiró?	92,1	3,6	2,9	0	1,4	0
P20. ¿Le dio una bofetada?	96,4	2,1	0,7	0	0	0,7
P21. ¿Le dio patadas, la mordió o le dio un puñetazo?	98,6	0	1,4	0	0	0
P22. ¿Le pegó o trató de pegarle con alguna cosa?	97,9	0,7	0,7	0,7	0	0
P23. ¿Le dio una paliza?	100	0	0	0	0	0
P24. ¿La agarró del cuello?	98,6	0,7	0	0,7	0	0
P25. ¿Le amenazó con un cuchillo o pistola?	99,3	0	0	0	0,7	0
P26. ¿Usó un cuchillo o una pistola?	100	0	0	0	0	0

4.3.2.3 Tipo de agresor

Respecto al tipo de agresor se observa que en el 79% de las mujeres que han sufrido malos tratos en el último año el agresor fue la pareja actual, en el 18,6% fue su ex pareja y en un caso (2,3%) las agresiones provenían tanto de la pareja actual como de parejas anteriores.

Gráfica 6. Tipo de agresor. Último año



Combinando el tipo de agresor con el tipo de violencia se obtienen los resultados que aparecen en la siguiente tabla (nótese que el total de casos de violencia psicológica suman 43 cuando en realidad han sido 42 las mujeres que han sufrido este tipo de maltrato, pero una lo ha sufrido tanto de su pareja actual como de su ex pareja por lo que en la tabla se contabiliza en ambas categorías)

Tabla 16. Tipo de violencia según tipo de agresor. Último año

		Frecuencia	Porcentaje
Abuso/violencia Psicológica	Pareja	34	79,0
	Ex pareja	9	20,9
	Total	43	100,0
Abuso/violencia sexual	Pareja	5	83,3
	Ex pareja	1	16,6
	Total	6	100,0
Abuso/violencia física	Pareja	11	91,6
	Ex pareja	1	8,3
	Total	12	100,0

La media de años de convivencia con la pareja hasta que comenzaron las agresiones fue de 5,52 años (DT 8,73).

4.3.2.4 Gravedad del maltrato

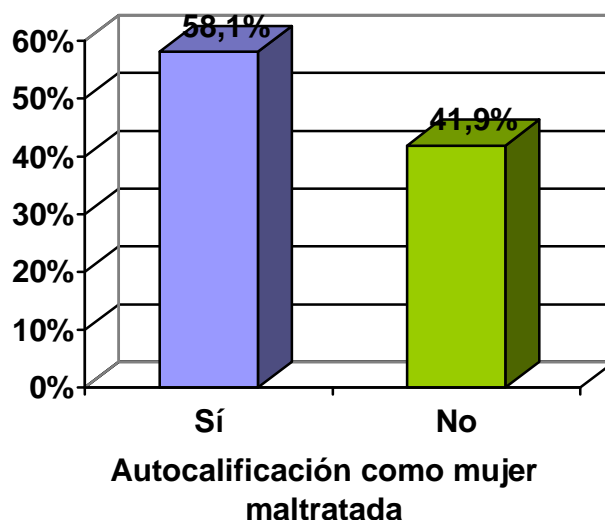
Para establecer la gravedad de la situación de maltrato se estableció el siguiente criterio: a más criterios de caso de maltrato más gravedad. Así una mujer que fuese caso de los tres tipos de violencia estudiada (psicológica, sexual y física) entendemos que sufre una situación de más gravedad del maltrato que otra mujer que solo fuese caso de violencia en uno o dos criterios, por ejemplo sólo víctima de violencia psicológica, o de violencia psicológica y física. Según se observa en la tabla siguiente una de cada 10 mujeres que sufre maltrato lo sufre en su máxima gravedad, es decir es víctima de los tres tipos de violencia. El doble, es decir una de cada 5 mujeres que sufre maltrato, es víctima de dos tipos de violencia.

Tabla 17. Gravedad maltrato. Último año

	n	%
3 criterios (<i>V psicológica y V sexual y V física</i>)	4	9,3
2 criterios (<i>(V P+ (VS o V F)) o ((VS+(VP o VF)) o ((VF+(VP o VS)</i>)	9	20,9
1 criterio (<i>V psicológica o V sexual o V física</i>)	30	69,7
Total	43	100,0

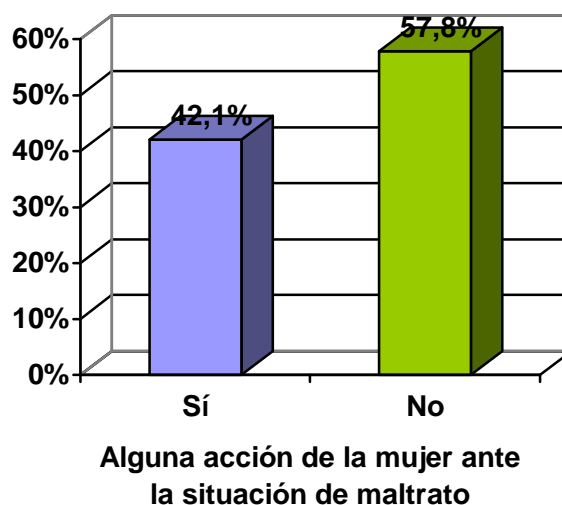
4.3.2.5 Autocalificación de la mujer maltratada.

Cuando se pregunta a la mujer si se considera a sí misma una mujer maltratada llama la atención que algo más de una de cada tres mujeres que son víctimas de maltrato en el último año no se autocalifican como mujer maltratada. En la gráfica siguiente se muestra el porcentaje de mujeres que habiendo sufrido maltrato en el último año se reconocen (25 mujeres) o no (18) a sí mismas como maltratadas.

Gráfica 7. Autocalificación como mujer maltratada. Último año

4.3.2.6 Actuaciones de la mujer ante el maltrato

Cuando se preguntaba a la mujer sobre las actuaciones que había realizado ante la situación de maltrato que sufría, si se lo había contado a alguien o si había pedido ayuda, más de la mitad de las mujeres que habían sufrido violencia por parte de su pareja en el último año no habían tomado ninguna medida (57,8%) frente al 42,1% de las mujeres que sí habían hecho algo.

Gráfica 8. Mujeres víctimas de agresiones que tomaron alguna medida ante el maltrato. Último año

Cuando se analiza que actuación o medida tomaron las mujeres ante la situación de maltrato parece que los servicios de salud mental y la policía son los dos recursos que más confianza ofrecen a las mujeres. Llama la atención que solo una mujer relata su situación de maltrato a la familia y sólo dos a amigos. Las respuestas más frecuentes fueron:

- El 31,25% de las mujeres acuden y relatan su situación de maltrato en los servicios de salud mental.
- También el 31,25% acude a la policía.
- El 25% además de acudir al S.S.M. a comentar su situación de maltrato acuden también a la policía.
- El resto recurre a amigos, al 016, a servicios sociales, etc.

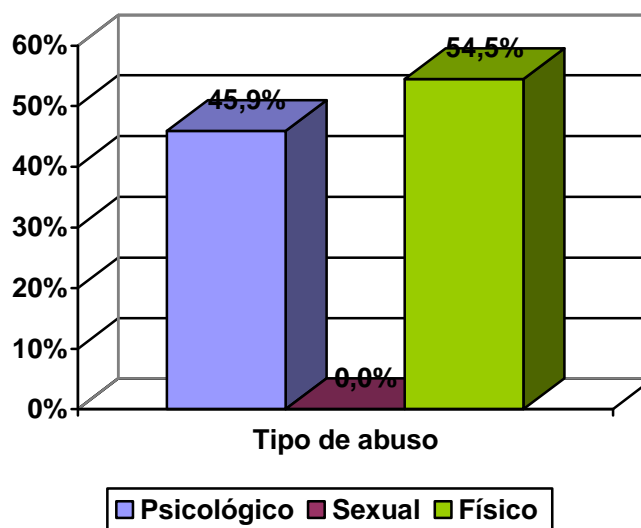
4.3.2.7 Detección de los profesionales

En relación a la capacidad de los profesionales de los servicios de la red de salud mental para detectar y tener conocimiento de situaciones de maltrato se ha comprobado que en la mitad de las mujeres que habían sufrido violencia por parte de su pareja en el último año esta circunstancia era conocida por el profesional de referencia del servicio. Llama también la atención que entre todas las mujeres que el profesional reconoce que son víctimas de maltrato un 40,6% no son caso según el cuestionario de violencia. Con los datos disponibles no es posible atribuir esta discrepancia a una valoración errónea del profesional o a una “ocultación” de la mujer de su situación de maltrato durante la aplicación de la encuesta y que sin embargo sí había puesto en conocimiento del profesional de salud mental que la atiende.

Si intentamos analizar qué tipo de violencia es la que con más acierto detecta el profesional de referencia de los servicios de salud mental observamos que son la violencia física (54,5%) seguida de la psicológica (45,9%) las mejor identificadas, siendo las agresiones sexuales las que han pasado totalmente inadvertidas por el profesional. Este último dato puede ser en parte explicado por el bajo número de

casos de este tipo de violencia. En el gráfico siguiente se observa la distribución del tipo de violencia detectado.

Gráfica 9. Tipo de violencia detectada por el profesional. Último año



Como se comentó anteriormente la muestra provenía de dos tipos de recursos de la red de atención a la salud mental: los servicios de salud de psiquiatría y salud mental y los centros de rehabilitación psicosocial. Cuando se agrupan los casos detectados en función del centro de trabajo del profesional vemos que ambos tipos de centro tienen una capacidad similar de detectar casos de violencia de pareja en el último año: el 50% de las situaciones de violencia son conocidas por el profesional en cualquiera de los dos servicios.

4.3.2.8 Curso y gravedad de la enfermedad

Cuando se preguntaba a la mujer si estaba en tratamiento en salud mental cuando comenzaron las agresiones por la pareja observamos que la mitad (51,4%) sí lo estaba. Un porcentaje algo mayor, el 58,3%, de las mujeres que han sufrido violencia a manos de su pareja en el último año refiere que las agresiones coinciden con momentos de descompensación o crisis en su enfermedad psiquiátrica.

Respecto a la gravedad de la enfermedad, se observa que las mujeres que son víctimas de violencia por parte de su pareja obtienen peores puntuaciones en el funcionamiento global y sintomatología medidas con la escala EEFG, sin embargo esta diferencia no es significativa estadísticamente ($p=0,170$ prueba T para muestras independientes). Recuérdese que a menor puntuación en el EEFG peor funcionamiento global y más gravedad sintomatológica.

Media puntuación EEFG

- Casos violencia: 59,18 (DT=15,40)
- No casos violencia: 63,13 (DT=14,62)

Si se desglosa la puntuación EEFG en función del tipo de violencia sufrida se observa que la media EEFG en mujeres víctimas de violencia psicológica fue de 59,16 frente a 63,09 en no víctimas de este tipo de violencia; en violencia sexual 64,40 vs. 61,90 y en violencia física 60,82 vs. 62,10. Ninguna de estas diferencias resultó ser estadísticamente significativas.

Tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas cuando se estudia la relación entre gravedad de la violencia y gravedad funcional y sintomatológica medida con el EEFG. Recuérdese que se definió la gravedad de la violencia en función del número de diferentes tipos de violencia que sufre la mujer, así la considerada como de máxima gravedad es definida por “3 criterios” (sufrir los tres tipos de violencia), después la definida como “2 criterios” (ser víctima de dos tipos diferentes de agresiones), posteriormente “1 criterio” o sufrir un tipo de violencia y por último estarían los “No caso” o no haber sido víctima de violencia de pareja.

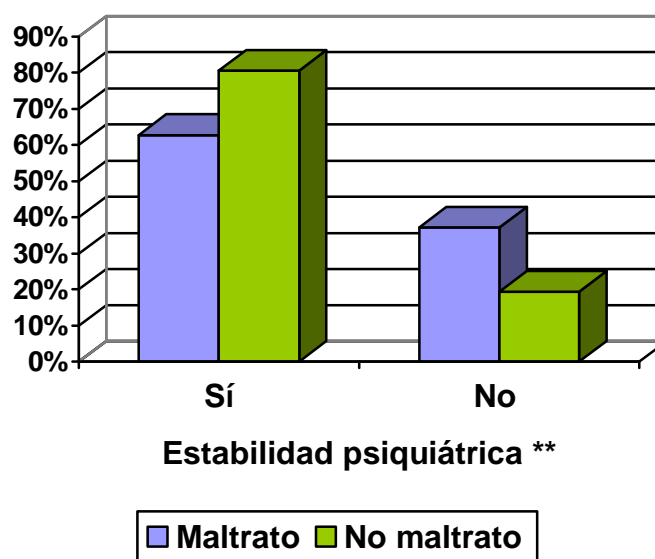
Parece que no existe relación entre gravedad de la agresión y gravedad del trastorno psiquiátrico aunque una posible explicación es el escaso número de casos representados en 3 criterios (de 4 casos solo se han podido conseguir medidas EEFG en 3) y en 2 criterios (9 casos). Los casos más graves de violencia, con tres criterios, obtuvieron una puntuación de 65,67 (DT=24,00), con dos criterios 59,67 (DT= 12,01), un criterio 58,27 (DT=15,89) y no caso 63,13 (DT=14,13).

Cuando se estudia la relación entre estar estable psiquiátricamente en los últimos seis meses y ser víctima de violencia se observa que las mujeres en peor estado psiquiátrico presentan tasas más altas de violencia. Así, casi una de cada dos mujeres que han presentado un estado psiquiátrico inestable han sido víctimas de violencia (45,7%). Esta relación es estadísticamente significativa ($p<0,05$).

Tabla 18. Tabla contingencia estable psiquiátricamente últimos 6 meses y violencia. Último año

		Estabilidad psiquiátrica		Total
		Sí	No	
Caso violencia	Sí	27 62,8%	16 37,2%	43 100,0%
	No	79 80,6%	19 19,4%	98 100,0%
Total		106	35	141

Gráfica 10. Estabilidad psiquiátrica últimos 6 meses y violencia último año



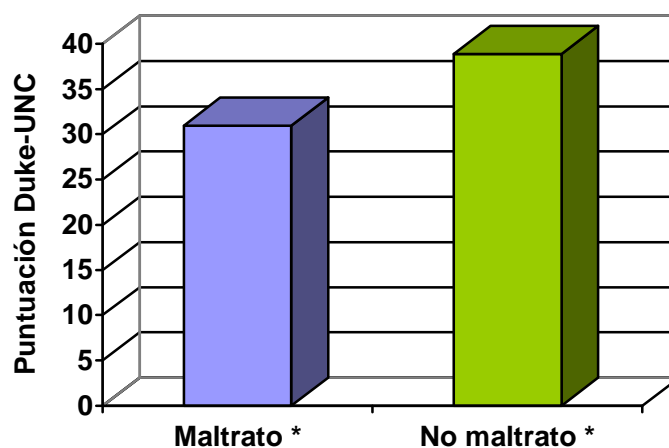
** $p<0,05$

4.3.2.9 Relación entre caso de violencia y apoyo social

Al medir el apoyo social de las mujeres se observa que aquellas que han sufrido maltrato en el último año presentan puntuaciones más bajas en la escala Duke-UNC que las mujeres que no han sufrido violencia. Así mientras que el grupo de las víctimas de violencia tenía una puntuación media de 30,95 (DT=10,12) el resto de la

muestra puntuaba con 38,89 (DT=11,22). Esta diferencia es significativa estadísticamente ($p<0,01$).

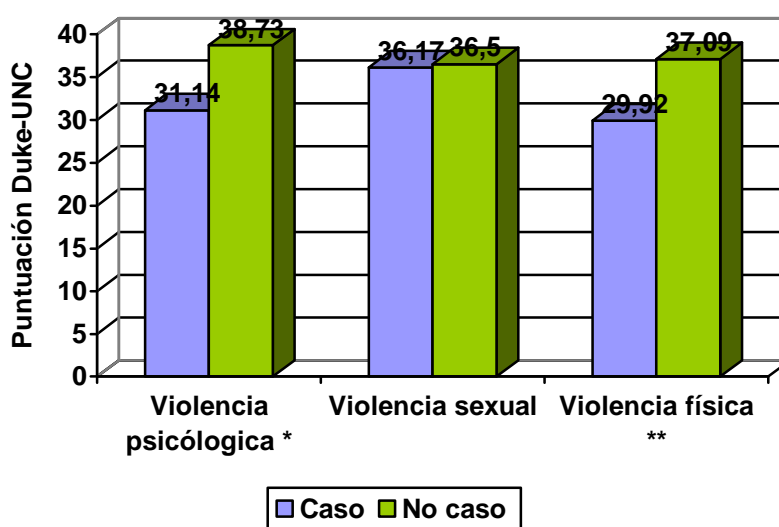
Gráfica 11. Relación apoyo social y violencia pareja. Último año



* $p<0,01$

Al estudiar si la relación entre sufrir violencia y tener menos apoyo social se mantenía cuando se analizaba cada tipo de violencia por separado se constató que dicha relación se mantenía en la violencia psicológica ($p<0,01$) y en la física ($p<0,05$) pero no en la sexual.

Gráfica 12. Relación apoyo social y tipo de violencia. Último año



* $p<0,01$

** $p<0,05$

Si agrupamos las puntuaciones de la escala según criterios de los autores y de la adaptación española en apoyo social bajo (puntuación igual o menor a 32) y apoyo social normal (puntuación mayor a 32) observamos que un tercio de las mujeres entrevistadas se percibían a sí mismas con un apoyo social bajo. La muestra total de mujeres se reparte de la siguiente forma:

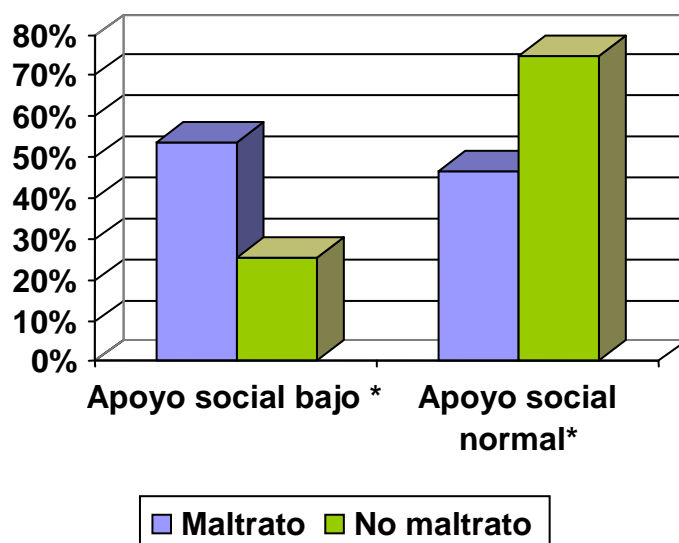
- Apoyo social bajo: 48 (33,80%)
- Apoyo social normal: 94 (66,19%)

Al estudiar si las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja en el último año estaban más representadas en el grupo de apoyo social bajo. Se obtuvo la siguiente tabla de contingencia comprobándose que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre ser víctimas de violencia y tener un apoyo social bajo.

Tabla 19. Tabla de contingencia apoyo social y violencia. Último año

		Apoyo social		Total
		Apoyo social Bajo	Apoyo Social Normal	
Caso violencia	Sí	23 53,4%	20 46,5%	43 100,0%
	No	25 25,2%	74 74,7%	99 100,0%
Total		48	94	142

En la siguiente gráfica se aprecia la distribución de casos de violencia en función del apoyo social percibido. Obsérvese como el apoyo social normal es más frecuente en mujeres sin maltrato y el apoyo social bajo en mujeres víctimas de violencia.

Gráfica 13. Apoyo social bajo – normal y violencia. Último año* $p < 0,01$

4.3.2.10 Relación violencia y abuso físico en la infancia

45 mujeres (31,69%) de las mujeres entrevistadas refirieron haber sufrido abuso físico en la infancia. Si se agrupan en función de la variable dependiente, ser víctima de maltrato por parte de la pareja en el último año, se constata una relación estadísticamente significativa entre ser víctima de maltrato y haber sufrido abuso físico en la infancia ($p < 0,05$).

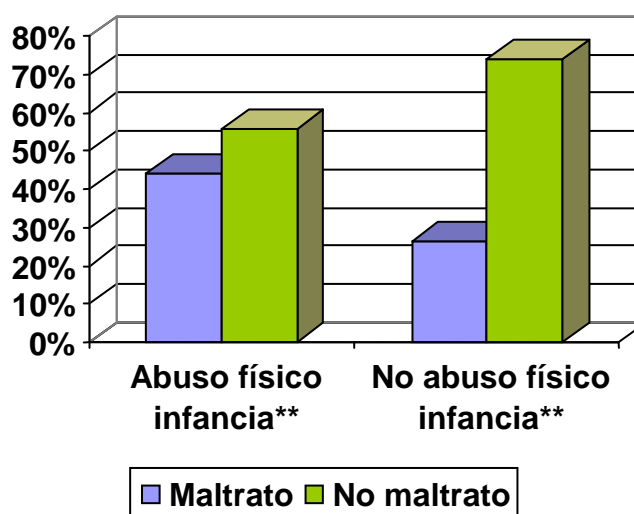
Tabla 20. Tabla de contingencia abuso físico infancia y violencia. Último año

		Abuso físico infancia		Total
		Sí	No	
Caso violencia	Sí	19 44,1%	24 55,8%	43 100,0%
	No	26 26,2%	73 73,7%	99 100,0%
Total		45	97	142

La representación de esta relación entre abuso físico en la infancia y sufrir violencia de pareja se observa en la siguiente gráfica. Obsérvese que casi la mitad, el 44,1%,

de las mujeres que son víctimas de violencia de pareja han sufrido abuso físico en la infancia. Esta proporción de abuso en la infancia desciende hasta una de cuatro mujeres que no sufre violencia por parte de su pareja. Las mujeres que han sufrido abuso físico en la infancia tienen un riesgo 2,22 veces superior de ser víctimas de violencia por parte de su pareja (IC 95% inferior=1,05; superior=4,70)

Gráfica 14. Relación entre abuso físico en la infancia y violencia de pareja. Último año



** $p < 0,05$

4.3.2.11 Relación violencia y abuso sexual infancia

El abuso sexual en la infancia aparece en nuestra muestra menos frecuentemente que el abuso físico pero aún así se constata que una de cuatro mujeres entrevistadas ha sufrido abuso sexual en la infancia (26,0%).

Se sigue observando un incremento de abuso sexual en la infancia en mujeres víctimas de violencia de pareja respecto a las mujeres que no la sufren. Así, el 34,8% de las mujeres que han sido caso de violencia por parte de su pareja han sufrido abuso sexual en la infancia, frente al 22,2% que no han sido caso de violencia pero que también han sido víctimas de abuso sexual en la infancia. Sin embargo esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa.

4.3.2.12 Relación violencia y variables sociodemográficas

Cuando se analizan las diferentes variables sociodemográficas para determinar si existen diferencias entre las mujeres víctimas de violencia y las que no lo son, se detecta que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las siguientes:

- Estado civil: las mujeres casadas sufren proporcionalmente más violencia de pareja que otros estados civiles: el 60,5% de los casos de violencia se concentra en ese estado civil o también que casi la mitad de las mujeres casadas sufren violencia (44,1%). Las mujeres divorciadas al contrario, sufren menos agresiones: el 82,5% de las mujeres divorciadas no son víctimas de violencia. Las diferencias son estadísticamente significativas ($p<0,05$)
- Convivencia: las mujeres que conviven con su pareja tienen más agresiones violentas las que no conviven ($p<0,01$). Se constata que el 42,1% de las mujeres que conviven con su pareja sufre agresiones.
- Hijos: las mujeres con hijos tienen más agresiones que las que no los tienen, de hecho una de cada tres mujeres con hijos (34,9%) sufre violencia por parte de su pareja ($p<0,05$). Si se divide el grupo de mujeres que tienen hijos en aquellas que conviven con su pareja o no, la diferencia significativa sólo se mantiene en el grupo de mujeres con hijos y conviviendo con pareja, desapareciendo dicha diferencia en el otro grupo (con hijos pero sin convivir con la pareja).
- Ocupación/profesión: se constata una mayor proporción de violencia en mujeres que no tienen profesión o cualificación ($p<0,05$). Tres de cada cuatro mujeres sin cualificación es víctima de violencia.

No se han encontrado diferencias significativas en el resto de la variables sociodemográficas analizadas: edad, municipio de residencia, país de origen, años de residencia en España (de mujeres de origen no español), nivel educativo, años de convivencia con la pareja actual, número de hijos, existencia de ingresos económicos propios, nivel de ingresos, procedencia de los ingresos y situación laboral.

En la tabla siguiente se aportan los datos de cada una de las variables sociodemográficas con diferencias estadísticamente significativas y distribuidas en función de la existencia de maltrato por parte de la pareja en el último año. Se recuenta el número de mujeres en cada categoría y debajo su proporción respecto a caso o no caso de violencia.

Tabla 21. Relación variables sociodemográficas y violencia último año.

		Caso violencia	
		Sí	No
Estado civil:			
	Casadas (**)	26 44,1%	33 55,9%
	Separadas	5 20,0%	20 80,0%
	Divorciadas (**)	7 17,5%	33 82,5%
	Parejas de hecho	5 45,5%	6 54,5%
	Viudas	0 0%	7 100%
Conviven con pareja: (*)			
	No	11 16,6%	55 83,3%
	Sí	32 42,1%	44 57,8%
Tiene hijos/as (**)			
	Sí	37 34,9%	69 65,0%
	No	6 16,6%	30 83,3%
Ocupación / profesión: (**)			
	Sin profesión (**)	6 75,0%	2 25,0%
	Trabajadoras no cualificados	10 28,6%	25 71,4%
	Trabajadoras cualificados	9 20,5%	35 79,5%
	Estudiantes	0	0
	Amas de casa	15 31,3%	33 68,8%
	Ocupaciones marginales	1 25,0%	3 75,0%
	Otros	2 66,7%	1 33,3%

(*p<0,01; **p<0,05).

4.3.2.13 Relación violencia y variables clínicas

Al estudiar si se aprecian diferencias en las variables clínicas entre el grupo de mujeres víctimas de agresiones y las que no lo han sido en el último año, sólo se constatan diferencias estadísticamente significativas en estas dos variables:

- Diagnósticos: las mujeres con un diagnóstico de trastorno de personalidad sufren significativamente más violencia que otras mujeres con diagnósticos diferentes. Cuando se analizaron agrupaciones diagnósticas, por ejemplo “psicosis” vs. “no psicosis” o “esquizofrenia” vs. “resto de diagnósticos” no se aprecian diferencias significativas entre las mujeres víctimas de violencia del resto de las mujeres.
- Estabilidad psiquiátrica: el presentar un empeoramiento o no estar estable del trastorno psiquiátrico correlaciona significativamente con una mayor proporción de violencia: casi la mitad de las mujeres que no estaban estables sufrieron violencia (45,7%) frente a una cuarta parte de las que habían estado estables (25,5%).

Las variables discapacidad, duración de la enfermedad, edad de inicio del trastorno e ingresos psiquiátricos en el último año y a lo largo de la vida, no presentaron diferencias significativas. Sin embargo se observa cierta tendencia a sufrir ingresos psiquiátricos en el último año entre las mujeres víctimas de violencia (el 41,9% de casos de violencia ha ingresado en el último año). También se aprecia un mayor número medio de ingresos en las mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja, llegando casi a duplicarlos (0,56 frente a 0,31). Como se comentó anteriormente estas diferencias no llega a ser estadísticamente significativa pero parecen indicar cierta relación entre empeoramiento de la enfermedad psiquiátrica y mayor probabilidad de sufrir violencia por parte de la pareja.

En la tabla siguiente se aportan los datos de cada una de las variables clínicas estudiadas y con diferencias estadísticamente significativas en función de la existencia de maltrato por parte de la pareja en el último año. Se recuenta el número de mujeres en cada categoría y debajo su proporción respecto a caso o no caso de violencia.

Tabla 22. Relación variables clínicas y violencia último año

		Caso violencia	
		Sí	No
Diagnóstico principal: (**)			
	Esquizofrenia	13 22,4%	45 77,6%
	Otros trastornos psicóticos	6 28,6%	15 71,4%
	Trastornos de personalidad (**)	17 54,8%	14 45,2%
	Trastorno bipolar	7 24,1%	22 75,9%
	No disponible	0 0,0%	3 100,0%
Estabilidad psiquiátrica últimos 6 meses: (**)			
	Sí	27 27,5%	79 74,5%
	No	16 45,7%	19 54,3%

(*p<0,01; **p<0,05)

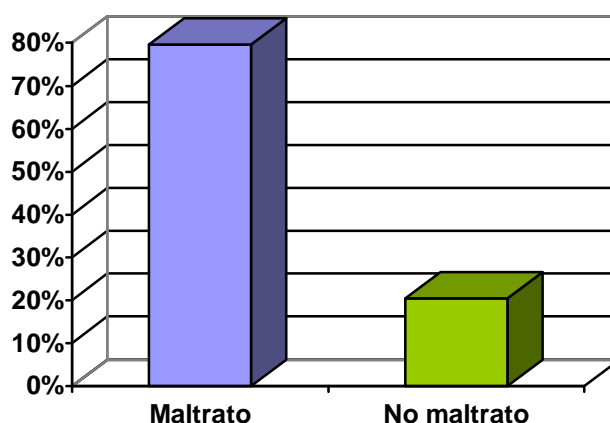
4.3.3 Violencia de pareja sufrida A LO LARGO DE LA VIDA por mujeres con trastorno mental grave: prevalencia, características y relaciones.

Este apartado reproduce la estructura del anterior pero centrándonos en los datos obtenidos con la misma muestra de mujeres pero computando las respuestas referidas a la violencia sufrida por parte de sus parejas a lo largo de su historia biográfica adulta. Se excluyen los periodos de la infancia y la adolescencia. Recuérdese que aunque en la entrevista se solicitaba a la mujer que refiriese la violencia respecto a dos periodos, último año y resto de su vida adulta excluido ese año, todas las mujeres que habían sufrido violencia en los últimos doce meses también la habían sufrido con anterioridad, por lo que los datos que aquí se presentan pueden ser interpretados como la violencia de pareja que ha sufrido la mujer a lo largo de su vida hasta el momento de la entrevista.

4.3.3.1 Prevalencia violencia pareja a lo largo de la vida

De las 142 mujeres que componen la muestra 113 han sufrido han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex pareja en la edad adulta. Es decir, tres de cada cuatro mujeres (79,6%) de las mujeres con trastorno mental grave han sido agredidas por sus parejas o ex parejas en algún momento de su relación.

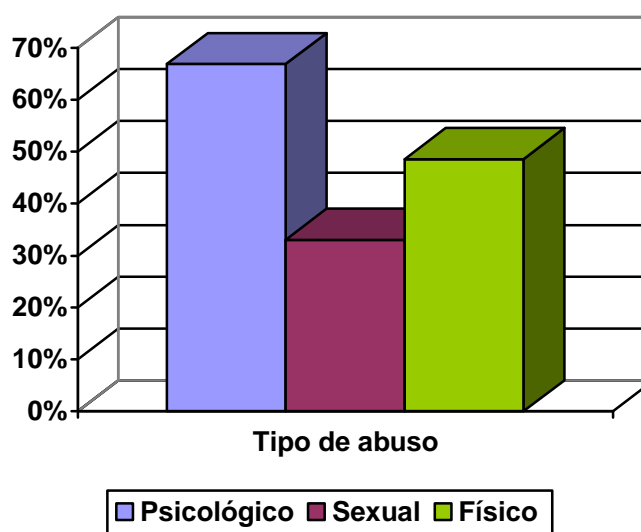
Gráfica 15. Prevalencia violencia a lo largo de la vida.



4.3.3.2 Tipo de violencia

Si analizamos el tipo de violencia ejercido observamos que la violencia psicológica es la más frecuente y afecta a dos de cada tres mujeres entrevistadas (66,9%), seguida de la física que la han sufrido la mitad de las mujeres (48,6%) y en último lugar la sexual que afecta a una de cada tres mujeres (33,1%). Si se combina la violencia física y la sexual tenemos que el 59,1% de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o ex pareja en algún momento de su vida.

Gráfica 16. Tipo de violencia a lo largo de la vida



En la tabla siguiente se apuntan los porcentajes de cada una de las 26 preguntas del Cuestionario de Violencia. Los insultos y ofensas, no tener en cuenta las opiniones de la mujer, las críticas y las desvalorizaciones son las agresiones más frecuentes. La violencia física más frecuente son los empujones, agarrones o tirar al suelo, seguidas de las bofetadas.

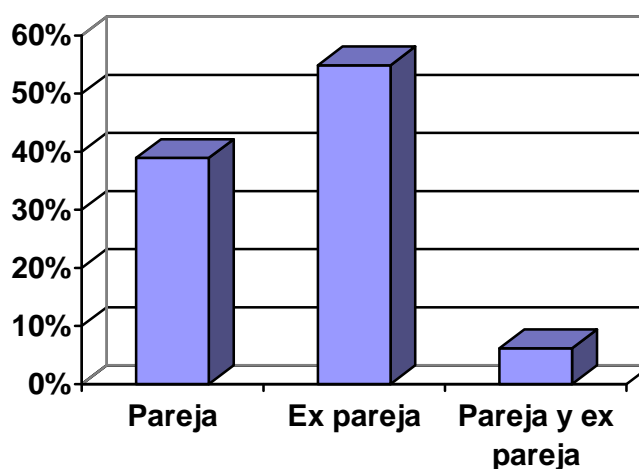
Tabla 23. Porcentajes de respuestas al cuestionario de violencia. Vida.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA						
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muchas veces	Siempre	
P1. Le ha impedido hablar o ver a sus amigos o familiares	54,9	2,8	19,7	13,4	9,2	
P2. Le impide hablar con otros hombres	59,9	4,2	8,5	17,6	9,9	
P3. Ha criticado o desvalorizado lo que usted hace	36,6	5,6	17,6	26,8	13,4	
P4. Ha hecho comentarios desagradables sobre su apariencia física	59,9	2,8	16,9	14,1	6,3	
P5. Le ha impuesto un modo de vestirse, peinarse o comportarse en público	65,5	4,9	13,4	12,0	4,2	
P6. No ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones	35,9	4,2	20,4	26,8	12,7	
P7. Le dice lo que usted debe pensar	61,3	3,5	11,3	16,2	7,7	
P8. Le ha exigido saber con quién y dónde ha estado usted	60,6	5,6	9,9	13,4	10,6	
P9. Ha dejado de hablarle o se ha negado totalmente a discutir	45,8	6,3	14,1	28,2	5,6	
P10. ¿Le ha impedido tener acceso al dinero para las necesidades de la vida cotidiana?	57,0	4,2	9,9	17,6	11,3	
P11. ¿La ha amenazado con quitarle o llevarse a sus hijos?	64,2	7,5	13,2	10,4	4,7	
P14. ¿La ha insultado u ofendido?	32,4	7,0	16,9	28,2	15,5	
	Nunca	1 vez	2-3 veces	4-10 veces	Más 10 veces	Siempre
P12. ¿La ha amenazado con suicidarse?	90,8	2,8	1,4	1,4	2,8	0,7
P13. ¿La ha amenazado con hacer daño a usted o a sus familiares?	71,8	2,8	5,6	7,7	6,3	5,6
P15. ¿La ha echado de casa o le ha impedido entrar en ella?	79,6	6,3	3,5	4,9	4,9	0,7
VIOLENCIA SEXUAL						
P16. ¿Ha utilizado la fuerza para tener relaciones sexuales con usted?	74,6	4,9	4,9	3,5	7,0	4,9
P17. ¿Le ha impuesto actos sexuales que usted rechazaba?	75,4	2,1	6,3	2,8	10,6	2,8
VIOLENCIA FÍSICA						
P18. ¿Le tiró algo (algún objeto)?	73,2	4,2	8,5	2,1	9,9	2,1
P19. ¿Le empujó, agarró o la tiró?	52,1	10,6	12,7	9,2	12,0	3,5
P20. ¿Le dio una bofetada?	64,8	10,6	5,6	7,7	9,2	2,1
P21. ¿Le dio patadas, la mordió o le dio un puñetazo?	70,0	9,3	5,0	4,3	9,3	2,1
P22. ¿Le pegó o trató de pegarle con alguna cosa?	77,3	2,8	7,8	2,1	7,8	2,1
P23. ¿Le dio una paliza?	74,8	7,9	2,9	2,9	8,6	2,9
P24. ¿La agarró del cuello?	73,2	12,0	6,3	2,1	4,9	1,4
P25. ¿Le amenazó con un cuchillo o pistola?	83,7	9,2	1,4	2,8	2,8	0,0
P26. ¿Usó un cuchillo o una pistola?	95,1	3,5	1,4	0,0	0,0	0,0

4.3.3.3 Tipo de agresor

Respecto al tipo de agresor se observa que en el 38,9% de las mujeres que han sufrido malos tratos el agresor fue la pareja actual, en el 54,8% fue una pareja anterior y en siete casos (6,1%) las agresiones provenían tanto de la pareja actual como de parejas anteriores.

Gráfica 17. Tipo de agresor. Vida.



Combinando el tipo de agresor con el tipo de violencia se obtienen los resultados que aparecen en la siguiente tabla.

Tabla 24. Tipo de violencia según tipo de agresor. Vida

		Frecuencia	Porcentaje
Abuso/violencia Psicológica	Pareja	44	46,3
	Ex pareja	51	53,6
	Total	95	100,0
Abuso/violencia sexual	Pareja	11	23,4
	Ex pareja	36	76,5
	Total	47	100,0
Abuso/violencia física	Pareja	27	38,0
	Ex pareja	44	61,9
	Total	71	100,0

La media de años de convivencia con la pareja hasta que comenzaron las agresiones fue de 5,07 años (DT 7,56).

4.3.3.4 Gravedad del maltrato

Siguiendo el criterio comentado anteriormente para clasificar la gravedad del maltrato, es decir a más criterios de caso de maltrato más gravedad, una de cada cuatro mujeres ha sido víctima de los tres tipos de violencia estudiada (psicológica, sexual y física). Más de una de cada tres (37,1%) ha sido víctima de dos tipos diferentes de maltrato.

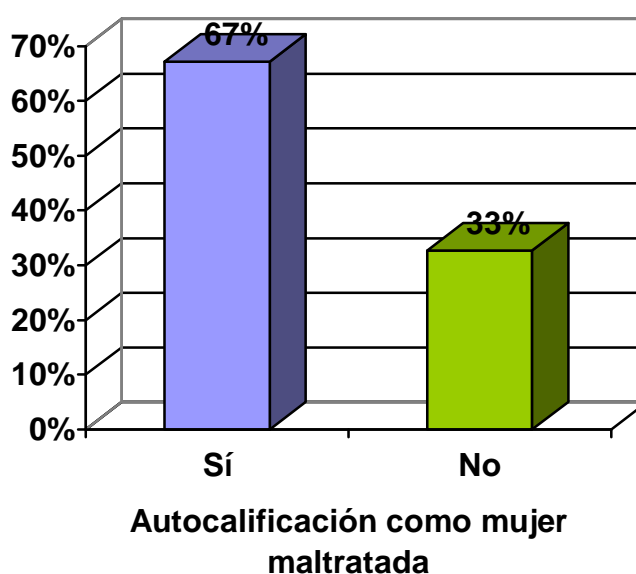
Tabla 25. Gravedad maltrato. Vida

	n	%
3 criterios (<i>V psicológica y V sexual y V física</i>)	28	24,7
2 criterios (<i>(V P+ (VS o VF)) o ((VS+(VP o VF)) o ((VF+(VP o VS)</i>)	42	37,1
1 criterio (<i>V psicológica o V sexual o V física</i>)	43	38,0
Total	113	100,0

4.3.3.5 Autocalificación de la mujer maltratada.

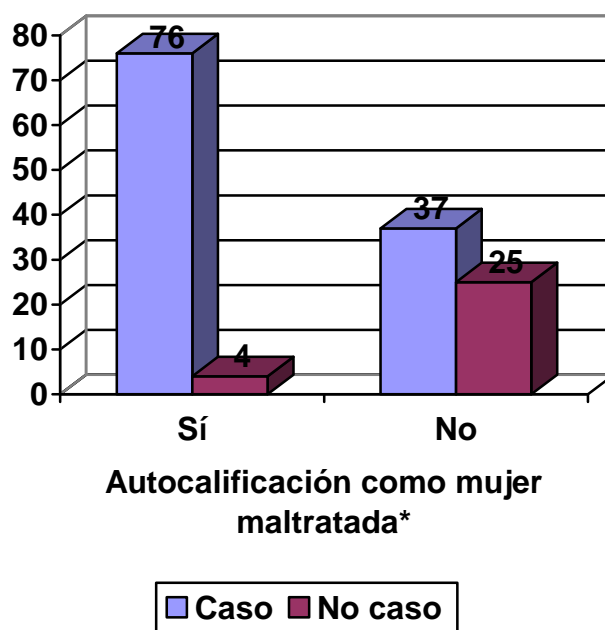
Estudiando la relación entre ser víctima de maltrato y reconocerse como mujer maltratada se constata que una de cada tres mujeres que ha sufrido maltrato por parte de su pareja no se califica a sí misma como persona maltratada.

Gráfica 18. Autocalificación como mujer maltratada. Vida



Evidentemente se aprecia una relación estadísticamente significativa entre ser víctima de maltrato y calificarse a sí misma como mujer maltratada ($p<0,01$). El recuento de datos de autocalificación en función de haber sido o no caso de violencia aparece en la siguiente gráfica.

Gráfica 19. Autocalificación y casos de violencia. Vida

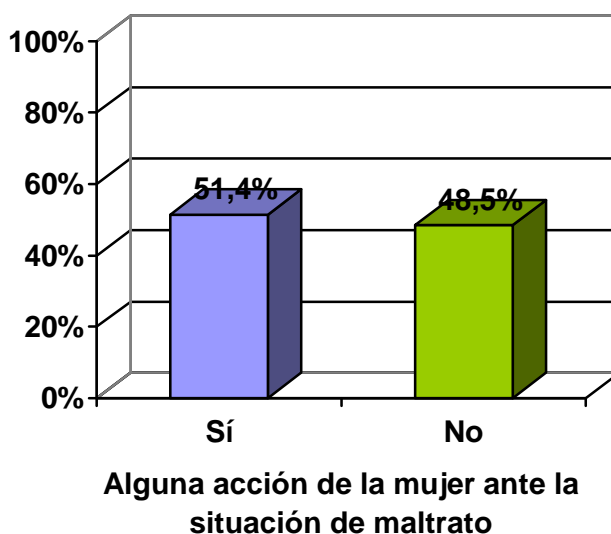


* $p<0,01$

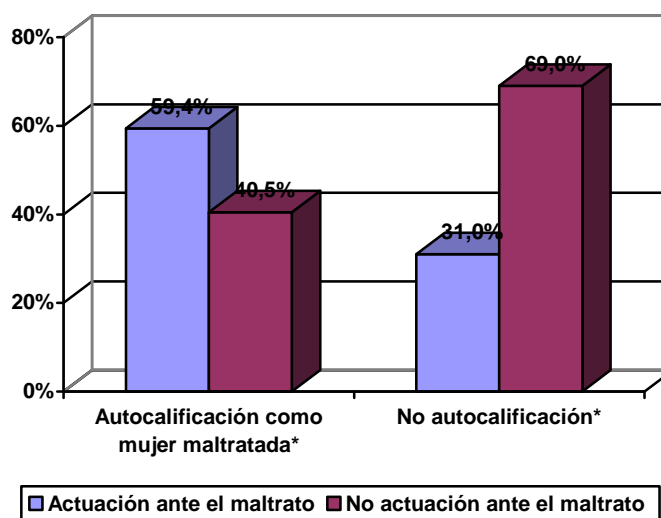
4.3.3.6 Actuaciones de la mujer ante el maltrato

56 mujeres han acudido a algún recurso, servicio o persona para comentar su situación de maltrato. Tres de estas mujeres no han sido considerados caso de violencia de pareja según los criterios establecidos en este estudio, aún así parece que sí consideraban su situación de maltrato lo suficientemente importante como para realizar alguna acción.

Tomando entonces las 53 restantes que sí son caso de violencia se constata que el 51,4% de las mujeres que han sufrido en algún momento de su vida violencia por parte de la pareja ha comentado su situación a alguna persona, institución o servicio.

Gráfica 20. Mujeres víctimas de agresiones que tomaron alguna medida ante el maltrato. Vida

Teniendo en cuenta que una variable de gran peso para que la mujer comente su situación de maltrato a alguna persona o institución es que ella misma se considere maltratada se ha procedido a agrupar a las mujeres víctimas de maltrato a lo largo de la vida en dos grupos: las que se autocalifican a si misma como maltratadas y las que no. Se observa que las mujeres que se autocalifican como maltratadas habían comentado su situación de violencia con más frecuencia que las que no se consideran mujeres maltratadas ($p<0,01$)

Gráfica 21. Relación autocalificación maltratada y actuación ante el maltrato.

* $p<0,01$

Si el criterio de agrupamiento de las mujeres que sufren maltrato en el apoyo social percibido bajo o normal, no se observa que las mujeres con poco apoyo social comuniquen su situación de maltrato en menor medida que las mujeres con un apoyo social normal. Así el 52,5% de las mujeres con bajo apoyo social realizó alguna acción en relación al maltrato frente al 47,5% que no tomó ninguna medida. Proporción similar se da entre mujeres con apoyo social normal (50,8% vs. 49,2% respectivamente).

Tampoco se observa una relación entre funcionamiento global medido con el EEFG y una mayor o menor actuación de la mujer ante el maltrato. La puntuación media en el EEFG de las mujeres que comentaron su situación a algún recurso o persona fue de 59,2 frente a los 62,0 puntos de media de las mujeres que no realizan ninguna acción.

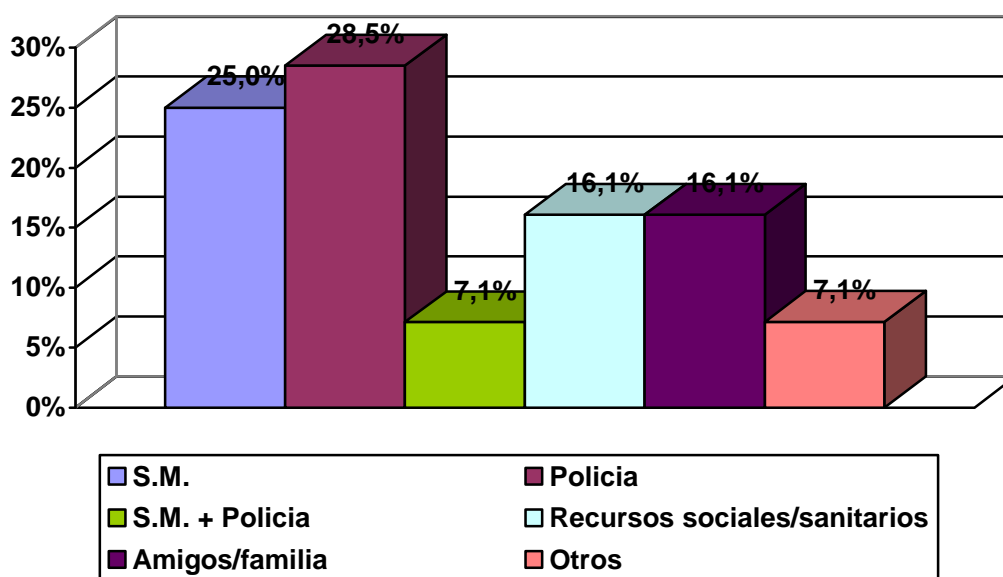
Cuando se analiza que actuación o medida tomaron las mujeres ante la situación de maltrato parece que los servicios de salud mental y la policía son los dos recursos que más confianza ofrecen a las mujeres. Los servicios, recursos o personas a las que acudieron las mujeres fueron (nótese que la suma de mujeres es superior ya que hay personas que han acudido a más de un sitio):

- Policía: 20
- Servicios de salud mental: 18
- Familia: 12
- Amigos: 6
- Centro Atención Primaria: 4
- Centro de Servicios Sociales: 3
- Sacerdote: 3
- Centro Asesor de la Mujer: 2
- Centro Atención Drogas: 2
- 016: 1
- Abogado: 1
- Psicóloga privada: 1

Agrupando las respuestas se observa que acuden a la policía el 28,5% de las mujeres víctimas de maltrato, a los servicios de salud mental el 25%, a los dos recursos simultáneamente (policía y SSM) el 7,1%, a algún otro recurso social o sanitario (servicios sociales, atención primaria, centro asesor de la mujer, etc.) el 16%, a familiares y/o amigos otro 16% y el 7,1% restante de las mujeres acuden a otras personas (abogado, sacerdote, etc.).

La siguiente ilustración representa gráficamente esta distribución.

Gráfica 22. Recursos utilizados por la mujer ante la situación de maltrato. Vida

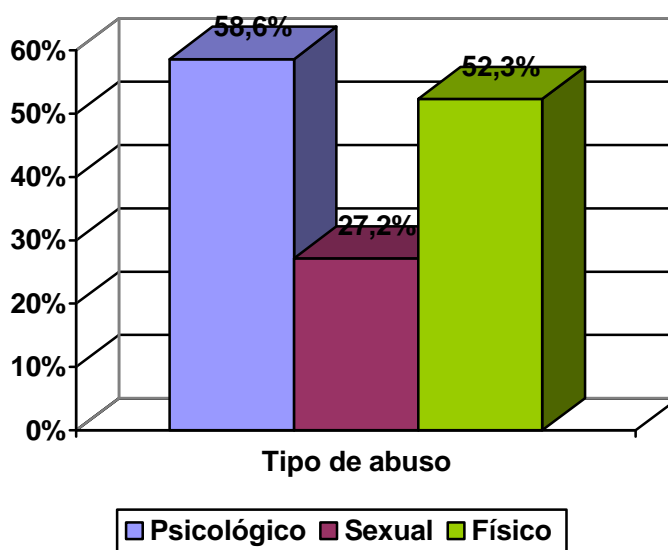


4.3.3.7 Detección de los profesionales

Los profesionales de los servicios de la red de salud mental que atienden a las mujeres de este estudio tienen un conocimiento de situaciones de maltrato por parte de la pareja en el 62,5% de los casos. Es decir más de una de cada tres situaciones de violencia ha pasado desapercibidas por los profesionales.

La violencia psicológica es la mejor detectada por el profesional (58,6% de los casos son reconocidos por el profesional) y algo menos la violencia física (52,3%). Sólo una de cada cuatro situaciones de violencia sexual por parte de la pareja es identificada por los profesionales (27,2%). En el gráfico siguiente se observa la distribución del tipo de violencia detectado.

Gráfica 23. Tipo de violencia detectada por el profesional. Vida

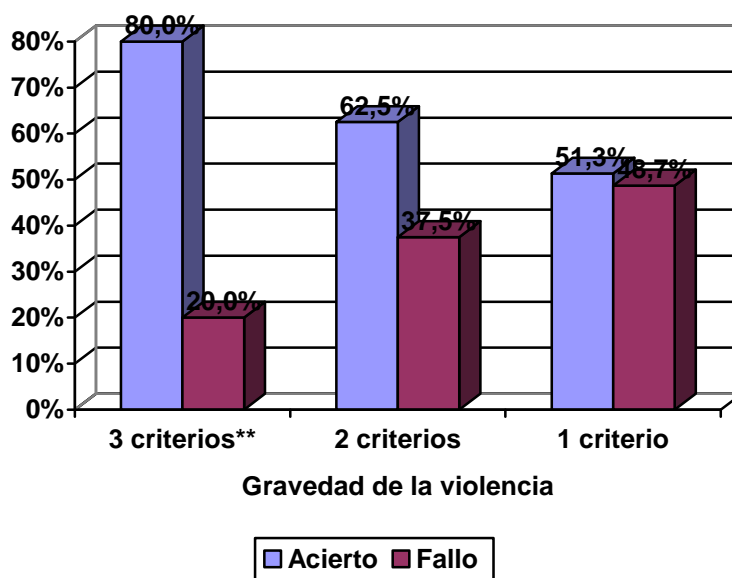


Se observa también que un 9,7% de falsos positivos en la detección de los profesionales. Es decir casos que el profesional señala con víctimas de violencia por parte de su pareja y que sin embargo en la encuesta no son considerados como tales.

Comparando qué servicio detecta mejor situaciones de maltrato, los de segundo nivel representado por los servicios de salud mental de distrito o los de tercer nivel, representados por los centro de rehabilitación psicosocial, se observa una mejor detección en los servicios de salud mental. Estos últimos detectan el 65,3% de los casos frente a los 55,2% detectados por los centros de rehabilitación. Esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Cuando se analiza el grado de detección en función de la gravedad del maltrato se observa que cuando más grave es la violencia mejor es la capacidad de detección del profesional. En la siguiente tabla se observa esta relación.

Gráfica 24. Relación detección profesional y gravedad de la violencia vida.



**p<0,05

4.3.3.8 Curso y gravedad de la enfermedad

Solo el 37,9% de las mujeres estaban en tratamiento en salud mental cuando comenzaron los maltratos por parte de su pareja. La mitad de las mujeres víctimas de violencia, el 49,5%, refiere que las agresiones solían coincidir con momentos en que ellas estaban peor de su trastorno psiquiátrico. Al analizar si los profesionales detectaban más casos en función de estas dos variables se constata que no se detectan más casos si la mujer estaba en tratamiento en salud mental cuando comenzaron los maltratos y tampoco si las agresiones coincidían con periodos de empeoramiento (Chi-cuadrado de Pearson= 0,086 y 0,06 respectivamente).

Respecto a la gravedad de la enfermedad, se observa que las mujeres que son víctimas de violencia por parte de su pareja obtienen peores puntuaciones en el funcionamiento global y sintomatología medidas con la escala EEFG, sin embargo esta diferencia no es significativa estadísticamente (p=0,079 prueba T para muestras

independientes). Recuérdese que a menor puntuación en el EEFG peor funcionamiento global y más gravedad sintomatológica.

Media puntuación EEFG

- Casos violencia: 60,81 (DT=14,38)
- No casos violencia: 66,39 (DT=16,20)

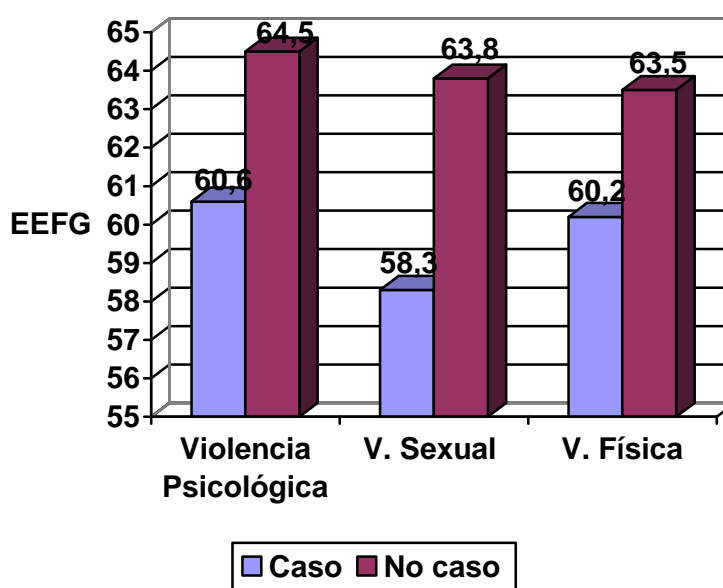
Cuando se analiza la gravedad en función del tipo de violencia que sufre la mujer se constatan también peores resultados en la prueba EEFG entre las mujeres que han sufrido cualquiera de los tres tipos de violencia estudiada. Esta diferencia llega a ser estadísticamente significativa en el caso de mujeres víctimas de violencia sexual. Los resultados se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 26. Puntuaciones EEFG y tipo de violencia. Vida.

	Caso violencia	No caso	Prueba T
Violencia psicológica	60,68 (DT=14,49)	64,53 (DT=15,49)	P=0,16
Violencia sexual **	58,39 (DT=13,41)	63,80 (DT=15,34)	P=0,049
Violencia física	60,25 (DT=14,88)	63,58 (DT=14,84)	P= 0,201

** $p < 0,05$

Gráfica 25. Tipo de violencia y gravedad EEFG. Vida.



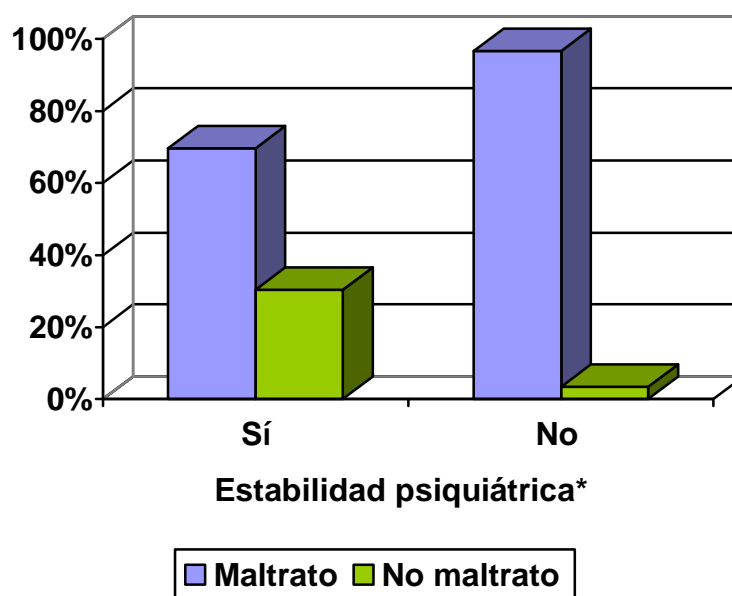
** $p < 0,05$

Si se estudian conjuntamente las variables caso o no caso de violencia, gravedad de las agresiones y gravedad funcional y sintomatológica medida con el EEFG, se observa que a más gravedad de las agresiones peor puntuación en la escala EEFG. Así la puntuación para las mujeres con tres criterios fue de 58,8, para dos criterios de 59,4, para uno de 63,4 y para los no casos la puntuación en el EEFG ascendió hasta los 66,3 puntos de media. Dicha diferencia no llega a ser estadísticamente significativa. Recuérdese que se definió la gravedad de la violencia en función del número de diferentes tipos de violencia que sufre la mujer (por ejemplo, 3 criterios significa que la mujer ha sufrido los tres tipos de violencias estudiadas, la psicológica, la sexual y la física). En la gráfica siguiente se muestran estos datos:

Cuando se estudia la relación entre estabilidad psiquiátrica en los últimos seis meses y ser víctima de violencia se observa que las mujeres en peor estado psiquiátrico presentan tasas más altas de violencia. Así, casi todas las mujeres que no han estado estables en el último medio año han sido víctimas de violencia (97,1%). Esta relación es estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

Tabla 27. Tabla contingencia estable psiquiátricamente últimos 6 meses y violencia. Vida

		Estabilidad psiquiátrica		Total
		Sí	No	
Caso violencia	Sí	78 69,6%	34 30,4%	112 100,0%
	No	28 96,6%	1 3,4%	29 100,0%
Total		106	35	141

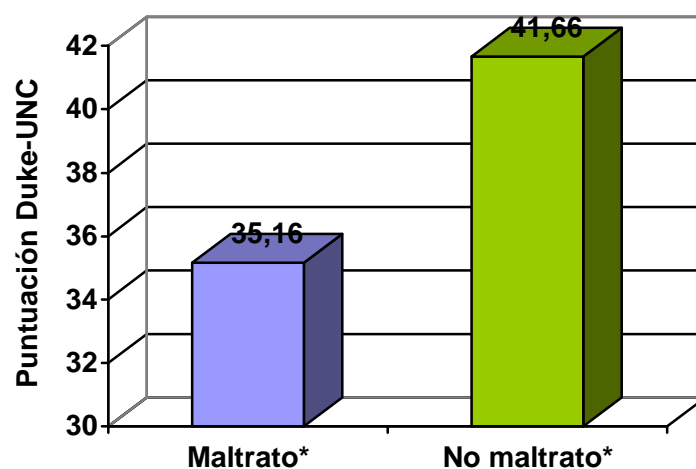
Gráfica 26. Estabilidad psiquiátrica últimos 6 meses y violencia vida

* $p < 0,01$

4.3.3.9 Relación entre caso de violencia y apoyo social

Las mujeres que han sufrido agresiones por parte de sus parejas a lo largo de la vida refieren tener menos apoyo social que las mujeres que no han sido víctimas de violencia. Así mientras que el grupo de las víctimas de violencia tenía una puntuación media en el cuestionario Duke-UNC de 35,16 (DT=11,59) el resto de la muestra puntuaba con 41,66 (DT=9,44). Esta diferencia es significativa estadísticamente ($p < 0,01$).

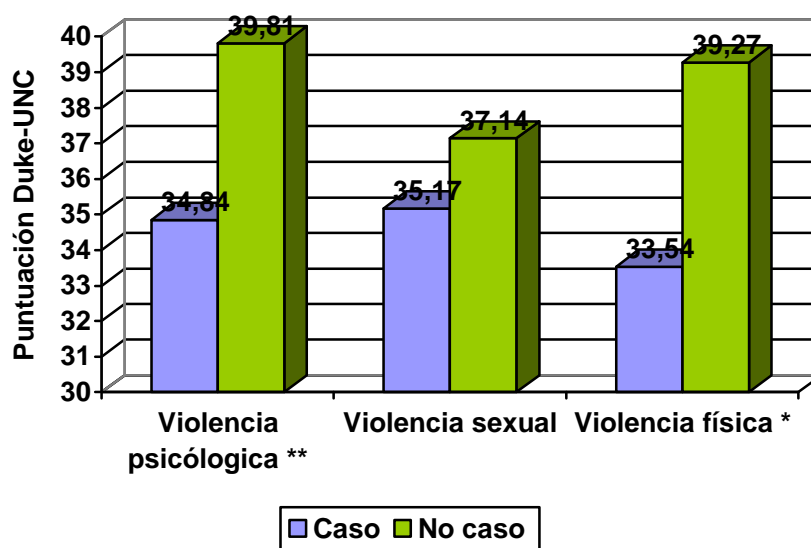
Gráfica 27. Relación apoyo social y violencia pareja. Vida



* $p < 0,01$

Si se analizan las relaciones entre tipo de violencia sufrida y el apoyo social se observa también una menor puntuación en el Duke-UNC en los tres tipos de violencia, siendo esta diferencia estadísticamente significativa en la violencia psicológica ($p < 0,05$) y en la física ($p < 0,01$) pero no en la sexual.

Gráfica 28. Relación apoyo social y tipo de violencia. Vida



* $p < 0,01$

** $p < 0,05$

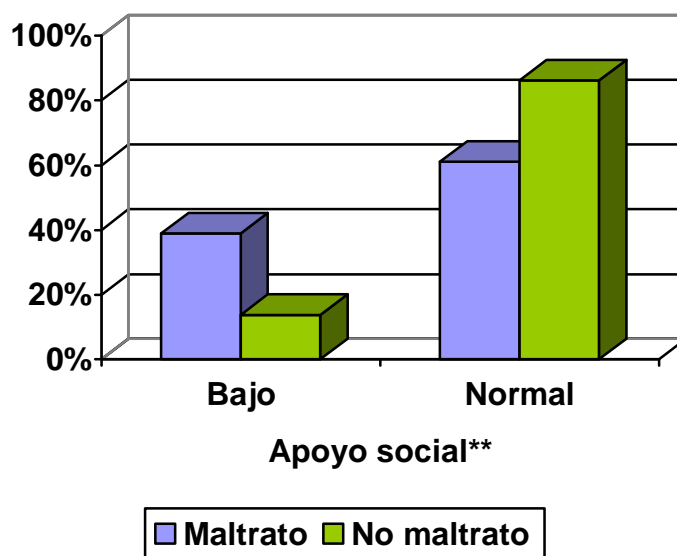
Si agrupamos las puntuaciones de la escala Duke-UNC en apoyo social bajo (puntuación igual o menor a 32) y apoyo social normal (puntuación mayor a 32) observamos que las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja a lo largo de la vida estaban más representadas en el grupo de apoyo social bajo. La relación es estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre ser víctimas de violencia y tener un apoyo social bajo.

Tabla 28. Tabla de contingencia apoyo social y violencia. Vida

		Apoyo social		Total
		Apoyo social Bajo	Apoyo Social Normal	
Caso violencia	Sí	44 38,9%	69 61,06%	113 100,0%
	No	4 13,7%	25 86,2%	29 100,0%
	Total	48	94	142

En la siguiente gráfica se aprecia la distribución de casos de violencia en función del apoyo social percibido. Obsérvese como el apoyo social normal es más frecuente en mujeres sin maltrato y el apoyo social bajo en mujeres víctimas de violencia.

Gráfica 29. Apoyo social bajo - normal y violencia. Vida



** $p < 0,05$

4.3.3.10 Relación violencia y abuso físico en la infancia

Casi un tercio de las mujeres entrevistadas refirieron haber sufrido abuso físico en la infancia, en concreto el 31,69% (45 mujeres), sin embargo no se aprecia una mayor incidencia de violencia por parte de la pareja en mujeres que en la infancia sufrieron abuso físico: han sufrido abuso físico en la infancia el 31,8% de los casos de violencia y el 30,8% de los no casos de violencia.

4.3.3.11 Relación violencia y abuso sexual infancia

Como se comentó anteriormente el abuso sexual en la infancia está presente en una de cuatro mujeres entrevistadas (26,0%). Se observa un incremento de abuso sexual en la infancia en mujeres víctimas de violencia de pareja respecto a las mujeres que no la sufren: el 29,2% de las mujeres que han sido caso de violencia han sido víctimas de abuso sexual en la infancia frente al 13,7% de los no caso de violencia que han sufrido abuso sexual en la infancia. Sin embargo esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa.

4.3.3.12 Relación violencia y variables sociodemográficas

Entre las diferentes variables sociodemográficas analizadas se constatan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres que han sido víctimas por parte de su pareja o ex parejas a lo largo de la vida y el grupo de las que no han sufrido violencia, en las siguientes:

- Estado civil: las mujeres divorciadas han sido víctimas de más violencia por parte de sus ex parejas que otros estados civiles. De hecho, casi todas las mujeres con este estado civil han sufrido violencia (97,5%). Al contrario, el estar casada en la actualidad o el ser viuda se muestran como los estados civiles en los que ocurren significativamente menos agresiones. Aun así el

71,1% de las mujeres casadas son víctimas de violencia y el 42,8% de las mujeres viudas también son caso de violencia. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p<0,01$).

- Convivencia: en concordancia con el estado civil se constata una mayor proporción de casos de violencia en mujeres que no conviven con la pareja ($p<0,01$), aun así casi la mitad de las mujeres que conviven en pareja sufren o han sufrido agresiones (47,8%).
- Hijos: las mujeres con hijos tienen más agresiones que las que no los tienen, de hecho el 83,9% de las mujeres con hijos sufre violencia por parte de su pareja ($p<0,05$)
- Ocupación/profesión: se constata una mayor proporción de violencia en mujeres que no tienen cualificación profesional y a la inversa, existe menos violencia en aquellas mujeres cuya ocupación es ama de casa ($p<0,05$). El 91,4% de las mujeres con una profesión no cualificada sufre violencia por parte de su pareja. En amas de casa como ocupación la proporción de violencia es del 68,7%.

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables sociodemográficas estudiadas: edad, municipio de residencia, país de origen y años de residencia en España (de mujeres de origen no español), nivel educativo, años de convivencia con la pareja actual, existencia de ingresos económicos propios, nivel de ingresos, procedencia de los ingresos y situación laboral.

En la tabla siguiente se aportan los datos de cada una de las variables sociodemográficas con diferencias estadísticamente significativas y distribuidas en función de la existencia de maltrato por parte de la pareja o ex parejas a lo largo de la vida. Se recuenta el número de mujeres en cada categoría y debajo su proporción respecto a caso o no caso de violencia.

Tabla 29. Relación variables sociodemográficas y violencia vida

		Caso violencia	
		Sí	No
Estado civil:			
	Casadas (*)	42 71,2%	17 28,8%
	Separadas	22 88,0%	3 12,0%
	Divorciadas (*)	39 97,5%	1 2,5%
	Parejas de hecho	7 63,6%	4 36,4%
	Viudas (*)	3 42,9%	4 57,1%
Conviven con pareja: (*)			
	No	59 89,3%	7 10,6%
	Sí	54 71,0%	22 28,9%
Tiene hijos/as: (**)			
	Sí	89 84,0%	17 16,00%
	No	24 66,7%	12 33,3%
Ocupación / profesión: (**)			
	Sin profesión	8 100,0%	0 0,0%
	Trabajadoras no cualificados (**)	32 91,4%	3 8,6%
	Trabajadoras cualificados	35 79,5%	9 20,5%
	Estudiantes	0	0
	Amas de casa (**)	33 68,8%	15 31,3%
	Ocupaciones marginales	3 75,0%	1 25,0%
	Otros	2 66,7%	1 33,3%

*p<0,01; **p<0,05

4.3.3.13 Relación violencia y variables clínicas

Cuando se comparan las variables clínicas del grupo de mujeres que son caso de violencia de pareja a lo largo de la vida con el grupo de no casos, sólo se detectan diferencias estadísticamente significativas en los ingresos psiquiátricos sufridos en el último año y a lo largo de la vida. Esta relación se observa cuando se compara si han tenido o no ingresos psiquiátricos y la media de ingresos en el último año (0,45

ingresos en el último año en casos frente a 0,14 de media en no casos; $p<0,05$) o a lo largo de toda la vida (4,40 ingresos de media en caso de violencia frente a 2,41 de no caso; $p<0,05$). Parece que esto tiene relación también con la mayor proporción de casos de violencia en mujeres que no han estado estables psiquiátricamente en los últimos seis meses, que como se señaló anteriormente mostraba una relación significativa.

El resto de las variables estudiadas no presentan diferencias estadísticamente significativas: declaración de discapacidad, diagnóstico principal, años de tratamiento en salud mental y edad de inicio de la enfermedad. De todas formas se aprecia, sin llegar a significación estadística, tendencias en la relación entre mayor número de ingresos psiquiátricos a lo largo de la vida, edad más temprana de inicio de la enfermedad y tiempo de contacto con salud mental y una mayor proporción de casos de violencia de pareja.

En la tabla siguiente se aportan los datos de cada una de las variables clínicas estudiadas con diferencias estadísticamente significativas y distribuidas en función de la existencia de maltrato por parte de la pareja a lo largo de la vida. Se recuenta el número de mujeres en cada categoría y debajo su proporción respecto a caso o no caso de violencia.

Tabla 30. Relación variables clínicas y violencia vida

	Caso Violencia	
	Sí	No
Ingresos psiquiátricos en el último año: (**)		
Sí ha tenido	29 93,5%	2 6,5%
No ha tenido	84 75,7%	27 24,3%
Media ingresos psiquiátricos último año: (**)		
	0,45 DT 0,93	0,14 DT 0,58
Media ingresos psiquiátricos a lo largo de la vida: (**)		
	4,60 DT 5,95	2,41 DT 4,26

** $p<0,05$

4.4 DISCUSIÓN

En este apartado de discusión se comentará en primer lugar los resultados obtenidos, posteriormente las limitaciones del estudio, para concluir con algunas aportaciones e implicaciones para la práctica clínica que se pueden colegir de esta investigación.

4.4.1 Discusión de los resultados de la investigación

4.4.1.1 Prevalencia y características de la violencia de pareja en mujeres con trastorno mental grave

Los datos obtenidos en violencia de pareja hacia mujeres con trastorno mental grave aportan una prevalencia del 30,3% en el último año y del 79,6% a lo largo de la vida. En población española no existen estudios que permitan la comparación de nuestros datos con muestras de mujeres con trastorno mental grave. Si acudimos a datos de trabajos realizados en otros países comentados en el apartado de revisión de investigaciones observamos en primer lugar que no existen estudios que analicen como el nuestro los tres tipos de violencia, física, sexual y psicológica. Sólo se dispone de datos sobre violencia física y sexual en mujeres con trastorno mental grave.

En nuestro estudio la violencia física estaba presente en el último año en el 8,5% de la muestra y en el 48,6% de la muestra a lo largo de la vida. No se ha encontrado ningún trabajo en el que se analicen independientemente las agresiones físicas de la pareja o ex pareja. A pesar de ello y a modo de referencia citaremos los datos de la investigación de Goodman *et al.* (2001) que además utiliza el mismo instrumento empleado en nuestro trabajo (CTS-1) y obtiene una prevalencia del 25,6% sobre una muestra de 321 mujeres con trastorno mental grave en atención en servicios psiquiátricos ambulatorios de EE.UU. Esta cifra es tres veces superior a la obtenida

en nuestra investigación pero hay que señalar que en el recuento de agresiones incluyen las producidas por pareja, extraños y conocidos.

Respecto a la violencia física a lo largo de la vida se han publicado más estudios y su rango va de los 13,57% del estudio de Briere *et al.* (1997), pero que existen dudas sobre la similitud de la muestra al no aportar datos de diagnósticos, hasta el 80% del trabajo de Goodman *et al.* (1985) pero su cifra tan alta de maltrato físico puede ser explicada por estar en situación de sin hogar la muestra del estudio. El resto de los 6 trabajos realizados con mujeres en tratamiento ambulatorio sitúan en torno al 50% la prevalencia de violencia física a lo largo de la vida, cifra similar a la obtenida en nuestro estudio. Prevalencias más altas se obtienen en muestras de mujeres hospitalizadas. Por ejemplo en el estudio de Bryer *et al.* (1987) en Massachusetts señala una prevalencia en mujeres hospitalizadas del 58,6% y en el trabajo de Hoffman y Toner (1988) en Toronto eleva la prevalencia hasta el 76%.

La violencia sexual por parte de la pareja a lo largo de la vida es estudiada en tres investigaciones con los siguientes datos: Hoffman y Toner (1988) la sitúan en el 36%, Goodman *et al.* (1995) en el 40% y Chandra (2003) en el 16%. Nuestro estudio aporta una prevalencia del 33,1% de agresiones sexuales a lo largo de la vida, situándose en el tramo medio de los estudios publicados y a unos 6 puntos por debajo de la media.

La violencia sexual en el último año no es reportada en ningún trabajo de los revisados. Por considerar una referencia volvemos a incluir el trabajo de Goodman (2001) que obtiene una prevalencia del 20,3%, casi cinco veces mayor que la obtenida en nuestro estudio, el 4,2%. Recuérdese que en este estudio se incluyeron agresiones no solo de la pareja sino también de otras personas.

La combinación de violencia física y/o violencia sexual es analizada en tres trabajos realizados en Estados Unidos de Norteamérica: Grubaugh y Frueh (2006), McPherson *et al.* (2007) y Friedman *et al.* (2011). El primero y último la estudian a lo largo de la vida y ofrecen prevalencias del 32,3% y el 68% respectivamente. Estas

diferencias en la prevalencia pueden deberse a que la muestra del estudio de Friedman estaba compuesta por mujeres de origen latino y como afirman los autores esta característica puede explicar las cifras tan elevadas de agresiones por parte de la pareja al ponerse en juego variables relacionadas con estatus de inmigrante, país de origen, lengua, aculturización, estatus socioeconómico, etc. Nuestro trabajo ofrece una prevalencia del 59,1% de mujeres que han sufrido violencia física y/o sexual a lo largo de la vida.

Esta combinación de violencias, sexual y/o física, en el último año solo es abordada en el trabajo de McPherson (2007) que ofrece una prevalencia del 19% de la muestra utilizando como muestra mujeres en tratamiento ambulatorio y el mismo instrumento que en nuestro trabajo, el CTS. Nuestra investigación sitúa la prevalencia en casi la mitad, el 9,8%.

En conclusión se podría afirmar que los datos que aporta nuestra investigación están en consonancia con los publicados en trabajos realizados en otros países, siendo más concordantes cuando las muestras son más similares a la nuestra: mujeres en tratamiento ambulatorio. Esta conclusión debe ser considerada con cautela debido a los problemas comentados anteriormente sobre las dificultades metodológicas para poder comparar resultados utilizando muestras, materiales y métodos no totalmente homogéneos. De todas formas parece confirmarse que la violencia física y sexual por parte de la pareja que sufren las mujeres con trastorno mental grave en nuestro entorno es similar al de las mujeres de otros contextos estudiados.

Para establecer comparaciones con población general acudiremos a dos estudios comentados anteriormente en el apartado 3.2.1. “Datos en población general procedentes de encuestas poblacionales”: las macroencuestas sobre violencia contra las mujeres realizadas por el Instituto de la Mujer (Instituto de la Mujer y Sigma Dos, 2006) y el estudio sobre violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid (Lasheras *et al.*, 2008). La rigurosidad en los diseños y la amplitud de las muestras serían las razones por la que se eligen estos trabajos como referentes. Además en la investigación de las macroencuestas sus

conclusiones son de referencia nacional para medir la magnitud de la violencia contra la mujer. Otro valor añadido en el estudio de la Comunidad de Madrid es que se han utilizado exactamente los mismos instrumentos en la entrevista a las mujeres que se aplicaron en nuestra investigación. Recuérdese que la única diferencia era en cuanto al método de aplicación: en el estudio de la Comunidad de Madrid se realizó entrevista telefónica y en el nuestro entrevista presencial.

La última macroencuesta publicada data de 2006 y en ella se ofrece una prevalencia puntual del 7,2% de mujeres víctimas de la violencia por parte de su pareja o ex parejas. En el trabajo realizado en la Comunidad de Madrid el 10,1% de las mujeres habían sufrido violencia por parte de la pareja o ex pareja en el año previo. La discrepancia entre ambas prevalencias puede ser debida a que se utilizaron diferentes cuestionarios y que también era distinta la referencia temporal solicitada las mujeres, la macroencuesta pregunta sobre el momento actual y el estudio de la Comunidad de Madrid sobre los últimos 12 meses.

Teniendo en cuenta que en nuestra investigación el 30,3% de las mujeres han sufrido este tipo de violencia se podría concluir que las mujeres con un trastorno mental grave triplican la prevalencia de violencia por parte de su pareja o ex parejas que mujeres de población general.

Cabría preguntarse si ésta mayor proporción y en qué cantidad puede ser atribuida al método de entrevista. Se podría vaticinar que la entrevista personal facilita el relato de las mujeres y más cuando ese relato se realiza en un contexto de confianza como puede ser un servicio de salud mental. Pero también se podría argumentar a la contra y que la entrevista telefónica, desde un anonimato más “creíble” para las mujeres, sin miedo a posibles represalias de sus parejas ni a juicios de valor de un profesional favorece una mayor espontaneidad a la hora de reconocer y comentar las situaciones de violencia.

Otros datos que aporta el estudio de la Comunidad de Madrid es que el 6,8% de las mujeres han sufrido **únicamente** abuso psicológico y en nuestra muestra de mujeres

con trastorno mental grave está circunstancia, víctimas solamente de violencia psicológica, estaba presente en el 20,4%.

El maltrato sexual y/o físico lo presentaron el 3,2% de las mujeres de la muestra de población general de la Comunidad de Madrid y en mujeres con trastorno mental grave el 9,8%. Se observa que estos datos desglosados también triplican la prevalencia en mujeres con trastorno mental grave.

Como se comentó en el apartado 3.2.2. una fuente de información muy adecuada para obtener datos de prevalencia de maltrato hacia las mujeres por parte de su pareja en población general es la obtenida en los Centros de Atención Primaria. En los estudios revisados se obtienen prevalencias de violencia en el momento actual desde el 11,7% del estudio de Cano Martín *et al.* (2010) hasta el 17,8% de la investigación de Ruiz-Pérez *et al.* (2006b); violencia en el último año del 15% de un estudio posterior de esta misma autora (Ruiz-Pérez *et al.*, 2010) y violencia vida entre el 23,3% del estudio de Cano Martín *et al.* (2010) y el 32,4% de Ruiz Peña *et al.* (2010). Agrupando los diferentes datos y considerando los estudios más rigurosos y con muestras más amplias podemos estimar que la prevalencia de violencia por parte de la pareja en el año previo es de aproximadamente el 15% y a lo largo de la vida del 30%. Recuérdese que el método más utilizado en este tipo de investigaciones es el cuestionario autoadministrado y que se incluyen en el estudio de la violencia tanto el maltrato psicológico, como el físico y el sexual.

Estos datos sitúan la prevalencia obtenida en nuestro estudio con mujeres con trastorno mental grave en el doble de violencia sufrida por parte de su pareja en el año anterior y en 2,6 veces más en violencia a lo largo de la vida respecto a mujeres de población general que acuden a Centros de Atención Primaria.

Visto que las mujeres con un trastorno mental grave sufren más violencia por parte de sus parejas que las mujeres de población general cabe preguntarse si esta mayor prevalencia se debe al hecho de ser discapacitadas o si la enfermedad mental aporta un plus de riesgo. Acudiendo a los escasos estudios que analizan el fenómeno del maltrato en las relaciones de pareja con mujeres discapacitadas

encontramos que la Macroencuesta del Instituto de la Mujer de 2006 el 13,0% de las mujeres que sufren algún tipo de discapacidad (física y/o psíquica) son consideradas como maltratadas en el ámbito doméstico, frente al 9.4% de las no discapacitadas. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p<0,001$). El maltrato proviene de la pareja en el 75,6% de las mujeres discapacitadas y en el 74,7% caso de las mujeres sin discapacidad.

Otro estudio que se puede tomar como referencia es el realizado en 2006 en EE.UU. con encuesta poblacionales sobre 23.154 mujeres y donde se reportaron prevalencias de violencia de pareja en mujeres con discapacidad del 33,2% a lo largo de la vida frente al 21,2% de mujeres sin discapacidad (Barrett *et al.*, 2009).

Tomando como referencia estos datos podemos estimar que la discapacidad incrementaría la prevalencia de la violencia de pareja en aproximadamente 1,5 veces respecto a mujeres sin discapacidad. Si consideramos que según nuestro estudio en comparación con datos de población general la prevalencia se multiplicaría por 2-3 se podría hipotetizar que una parte importante de la mayor prevalencia del maltrato por parte de la pareja se debe al hecho de padecer una enfermedad mental grave.

Un último asunto a tratar en este apartado de la discusión se refiere a la cuestión de si el padecer un trastorno mental grave incrementa al riesgo de sufrir malos tratos por parte de la pareja en comparación con otros diagnósticos no tan graves y no incluidos en la categoría de trastorno mental grave. Un estudio que puede servirnos de referencia es el realizado por Polo (2001) sobre una muestra de mujeres atendidas en un Centro de Salud Mental y con diagnósticos psiquiátricos que excluían las psicosis y por tanto se podría considerar la muestra como de mujeres con problemas de salud mental comunes pero no con trastorno mental grave como son las personas de nuestra investigación. En este trabajo la violencia física a lo largo de la vida da una proporción del 28,1% y en nuestra muestra con trastorno mental grave el porcentaje se eleva hasta el 48,6%; la violencia sexual el 14,3% y en nuestra investigación el 33,1%. En el trabajo de Polo se utilizó el mismo instrumento

que en nuestro estudio para evaluar la violencia física y también se aplicó a través de entrevista profesional. Como puede concluirse de los datos la presencia de un trastorno mental grave incrementa la prevalencia del maltrato físico y sexual respecto a otros diagnósticos psiquiátricos.

Otra población especialmente vulnerable para sufrir violencia por parte de sus parejas es la que afecta a mujeres con problemas de drogadicción. En un estudio realizado en un Centro de Atención a la Drogodependencia de Madrid, utilizando los mismos instrumentos que en nuestra investigación y también con entrevista obtienen que el 53,1% de las mujeres han sufrido violencia por parte de su pareja en el último año (Díaz-Salazar *et al.*, 2011). Recuérdese que la prevalencia obtenida en mujeres con trastorno mental grave era del 30,1% con lo que parece que el consumo de drogas es una variable que podría incrementar considerablemente el riesgo de padecer violencia en la pareja.

En resumen habría datos para sustentar la hipótesis que siendo elevada la prevalencia del maltrato hacia las mujeres por parte de la pareja en población general, el tener una discapacidad incrementa el riesgo de sufrir violencia y que el padecer un trastorno mental grave lo incrementa aún más.

Por todo lo anterior se podría confirmar la **hipótesis primera** que nos planteamos en este trabajo, es decir existe mayor prevalencia de maltrato por parte de sus parejas en mujeres con trastorno mental grave en otros grupos de mujeres que no presenten este diagnóstico.

Respecto al tipo de violencia sufrida por las mujeres lo primero que llama la atención es que la violencia psicológica es la que más tarde se incorporó a los estudios sobre maltrato en las relaciones de pareja a pesar de ser la más habitual. Esto podría deberse a que es la agresión menos “evidente” y más difícil de objetivar. Así en nuestro estudio la violencia psicológica está presente en el último año en el 29,6% y a lo largo de la vida en el 66,9% de las mujeres con trastorno mental grave. En segundo lugar estaría la física (8,5% año; 48,6% vida) y después la sexual (4,2%

año; 33,1% vida). La combinación física y/o sexual aparece en el 9,8% de las mujeres con trastorno mental grave en el último año y en el 59,1% a lo largo de la vida. La mayor prevalencia de la violencia psicológica frente a la física y la sexual se observa también en los estudios sobre población general, por ejemplo en el estudio realizado en la Comunidad de Madrid (Lasheras et al., 2008) la violencia psicológica en el último año estaba presente en el 6,8% de la muestra y en el 3,2% la violencia sexual y/o física.

Comparando las frecuencias de respuestas en las diferentes preguntas del cuestionario de violencia en nuestro estudio y en el de la Comunidad de Madrid se observa una correspondencia entre ambas muestras en las cuestiones que evalúan la violencia física. La pregunta con más respuestas positivas en ambas muestras fue *“La empujó, agarró o tiró”* seguida de *“Le dio una bofetada”*. Las menos frecuentes fueron las más graves: *“Usó un cuchillo y pistola”*, *“Amenazó con un cuchillo o pistola”* y *“Le dio una paliza”*. En violencia sexual, no parece procedente la comparación al ser sólo evaluada con dos preguntas y ser tan pocos los casos, pero en violencia psicológica se observa un patrón diferente en mujeres con trastorno mental grave respecto a mujeres de población general. Así las mujeres con trastorno mental grave refieren recibir más insultos o haber sido más veces echadas del domicilio que mujeres de población general. Sí comparten ambas muestras frecuencias muy altas de crítica, desvalorización y no tener en cuenta o despreciar las opiniones.

En resumen, se podría decir que aunque las mujeres con trastorno mental grave sufren más violencia por parte de su pareja o ex pareja que las mujeres de población general, cuando se examina el tipo de violencia se observa que en ambas muestras la violencia más frecuente es la psicológica, seguida de la física y por último la sexual. Dentro de cada tipo de violencia parece que ambas muestras sufren “patrones” de agresiones similares excepto en violencia psicológica donde las mujeres con trastorno mental grave reciben proporcionalmente más insultos o han sido expulsadas de su hogar con más frecuencia. Puede que las dificultades relacionadas con la asertividad y la competencia social, características del trastorno

mental grave, sean variables que deban ser tenidas en cuenta para poder explicar este hecho.

En cuanto al tipo de agresor aparece la pareja actual con más frecuencia en la medición de la violencia en el último año y la ex pareja a lo largo de la vida. Esta relación se observa en los tres tipos de violencia estudiados. En el 79% de las mujeres que han sufrido malos tratos en el último año el agresor fue la pareja actual y en el 18,6% fue su ex pareja. A lo largo de la vida la proporción es de 38,9% la pareja y en el 54,8% la ex pareja. En población general se observa también esa mayor frecuencia agresiones por parte de la pareja en el último año respecto a las agresiones de las ex parejas (Fontanil *et al.*, 2005; Instituto de la Mujer y Sigma Dos, 2006).

En cuanto a la gravedad de la violencia que sufren las mujeres con trastorno mental grave observamos que es muy importante y de hecho se constata una alta prevalencia de las situaciones de gravedad extrema de las agresiones; una cuarta parte de la mujeres han sufrido los tres tipos de violencia a lo largo de la vida y una décima parte en el último año. Estos datos indican que las mujeres con trastorno mental grave sufren una violencia más grave que la que sufren las mujeres de población general. En los estudios realizados en población general en centros de atención primaria (Plazaola-Castaño *et al.*, 2008; Ruiz-Pérez *et al.*, 2006b) la combinación de los tres tipos de maltrato se daba entre el 18% de las mujeres a lo largo de la vida frente al 24,7% de mujeres en nuestro trabajo.

En resumen podemos concluir que el tipo de violencia que sufren las mujeres con trastorno mental grave es similar a la que sufren las mujeres de población general, siendo la psicológica la más frecuente. También es similar el tipo de agresor pero se observa que la gravedad de la violencia es mayor en mujeres con trastorno mental grave.

4.4.1.2 Autocalificación de la mujer como maltratada.

Existe un porcentaje de mujeres que son víctimas de maltrato por parte de su pareja y sin embargo no se consideran a sí mismas como mujeres maltratadas. Este porcentaje es mayor cuando se estudia la violencia actual (41,9%) que cuando se estudia la violencia a lo largo de la vida (32,7%). En todos los estudios que analizan la autocalificación del maltrato se observa este desajuste entre ser víctima de maltrato y considerarse mujer maltratada. En los estudios de la Comunidad de Madrid y en la Macroencuesta a nivel estatal se observa que en torno a un tercio de las mujeres que han sufrido maltrato en el último año se reconocen a sí mismas como maltratadas, sin embargo en nuestra muestra el 58,1% de las mujeres que lo han sufrido se consideran maltratadas. Podrían barajarse varias hipótesis para explicar este hecho. Por ejemplo, que como las mujeres con trastorno mental grave sufren una violencia por parte de su pareja más grave que la población general la autocalificación como mujer maltratada sería más probable. O también que estas mujeres, como víctimas más frecuentes que población general de todo tipo de violencia, tendrían una mayor “sensibilidad” a las agresiones y por tanto a verse como víctimas con más facilidad que el resto de las mujeres. O que el formato de aplicación de la encuesta a través de entrevista personal, realizada por un profesional y en un ambiente conocido, facilite el reconocimiento de la mujer maltratada como tal.

4.4.1.3 Acciones de la mujer con trastorno mental grave ante la situación de maltrato por parte de la pareja y/o ex pareja

La mitad de las mujeres con un trastorno mental grave que en algún momento de sus relaciones de pareja han sido víctimas de violencia han planteado su situación a alguna persona cercana o recurso. Es interesante señalar que dicha actuación de la mujer se dirija más hacia recursos o servicios que hacia personas de su entorno cercano como amigos o familiares. Solo una de cada diez mujeres que ha realizado

alguna actuación lo hace con algún/a amigo/a o una de cada cinco con algún familiar. Por otro lado parece que la policía y los servicios de salud mental son los recursos que más confianza ofrecen a las mujeres a la hora de decidirse a exponer su situación de maltrato. Varios pueden ser los factores que expliquen este hecho: el estigma asociado a ser identificada como víctima del maltrato por amigos y familiares de la mujer afectada, la escasa red social de apoyo que suelen tener las persona con un trastorno mental grave, el miedo que pueden presentar las mujeres a no ser creídas por las personas de su entorno o que éstas atribuyan el maltrato a la enfermedad o a una idea delirante y por último la frecuente situación perversa que suele darse en las relaciones de pareja en estas mujeres por las que el propio maltratador es en muchos casos la única fuente de apoyo o cuidado con la que cuenta la mujer con un trastorno mental grave.

El nivel de desarrollo de la sociedad y el grado de rechazo que provoque en el entorno de la mujer la violencia de género pueden ser factores que contribuyan a una mayor ocultación o no de las situaciones de maltrato. Por ejemplo, en el trabajo de Chandra *et al.* (2003) realizado en la India sobre violencia doméstica sufrida por mujeres con trastorno mental grave, sólo el 20% de las mujeres víctimas relató su situación a alguna persona.

Llama también la atención que la otra mitad de las mujeres no ponen en conocimiento de nadie su situación de maltrato. Dos serían las razones que podemos hipotetizar para entender este dato. Por un lado que la mujer, a pesar de ser víctima de maltrato, no se reconoce a sí misma como maltratada y por otro lado que poner en conocimiento de alguna institución la situación de maltrato puede hacer pensar a la afectada que las consecuencias de dicha comunicación pueden llevar a que la situación de maltrato se recrudezca o que se inicien medidas para frenar el maltrato y se produzca una separación del maltratador y a su vez una pérdida de la única fuente de apoyo o cuidado que tiene la mujer.

Según los datos de nuestro estudio las mujeres que se consideran a sí mismas como maltratadas realizan más acciones respecto al maltrato que las que no se

consideran maltratadas. Puede suponerse que un primer paso y requisito imprescindible para poder acompañar a la mujer con trastorno mental grave en el afrontamiento de su situación de maltrato sea que la persona tome conciencia de su situación.

Por otro lado también podría suponerse que aquellas mujeres maltratadas pero con mayor apoyo social tomarían medidas contra el maltrato con más frecuencia que mujeres en su misma situación pero con un menor apoyo social, sin embargo según los datos de nuestro estudio dicha relación entre apoyo social y actuaciones ante el maltrato no se constata. Tampoco se constata relación entre actuaciones ante el maltrato y funcionamiento global de la mujer afectada.

4.4.1.4 Detección del maltrato por parte de los profesionales de salud mental

Los servicios sanitarios se consideran recursos claves para la identificación de situaciones de maltrato en las relaciones de pareja, sin embargo los estudios publicados coinciden en tres hechos:

- la escasa identificación, entre el 5% y el 15%, de situaciones de maltrato por parte de los profesionales sanitarios (Alonso et al., 2003; Castillo et al., 2002; Coll-Vinent et al., 2008; Gracia y Lila, 2008; Poirier, 2000; Posner et al., 2008; Post et al., 1980; Vives et al., 2005),
- el escaso y poco generalizado uso de protocolos o *screening* de detección del maltrato en los servicios sanitarios a pesar de la evidencia que su implantación conlleva una mayor detección (Eilenberg et al., 1996; Feder et al., 2009; Howard et al., 2010b; Polo, 2001; Rodríguez et al., 1999)
- la escasa intervención específica sobre el maltrato por parte de los profesionales sanitarios aún cuando la mujer víctima ha sido identificada (Cobo et al., 2010; Eilenberg et al., 1996; Feder et al., 2009; Howard et al., 2010b)

En cuanto a la detección de mujeres con trastorno mental grave observamos una alta capacidad de identificación de casos de maltrato en los servicios de salud mental en comparación con otros servicios sanitarios. La mitad de las mujeres con maltrato reciente y más del 60% con maltrato a lo largo de la vida son identificadas por los profesionales sanitarios. La larga evolución de los trastornos psiquiátricos graves, la necesidad de una atención continuada y frecuente y la propia naturaleza clínica del trabajo en salud mental donde se realizan exploraciones amplias y profundas de la historia biográfica de las pacientes facilitan que los recursos de salud mental sean servicios con una alta capacidad de detección. Sin embargo no deja de ser preocupante el hecho que la mitad de las mujeres que están o han estado en el último año sufriendo agresiones por parte de sus parejas o ex parejas pasen desapercibidas para los profesionales de salud mental.

Cuando se analiza el grado de detección en función de la gravedad del maltrato se observa que cuando más grave es la violencia mayor es la capacidad de detección del profesional. También se constata que la violencia psicológica y la física es mejor detectada por los profesionales que la violencia sexual.

Aunque la diferencia no llega a ser estadísticamente significativa se observa una mayor detección de la violencia vida desde los recursos de segundo nivel de atención, los servicios de salud mental de distrito, que los situados en tercer nivel, los centros de rehabilitación psicosocial. Esto podría deberse a que los profesionales de los servicios de salud mental mantienen un contacto con las pacientes desde hace más tiempo que los recursos específicos de rehabilitación, donde las mujeres acuden trascurridos unos ocho años desde su primer contactos con salud mental (Universidad Complutense y Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2010). En consonancia con esta explicación, y así lo confirman nuestros datos, la violencia reciente es detectada de forma similar por ambos recursos (50%).

Un dato también llamativo son los falsos positivos reportados por los profesionales, es decir mujeres que los profesionales señalan como víctimas de maltrato y que no son casos según los criterios establecidos en este estudio. El 9,7% de las mujeres

que el profesional considera víctimas de maltrato a lo largo de la vida no han sido caso de violencia según los criterios de la encuesta. Este porcentaje se eleva hasta el 40% en la violencia sufrida en el último año. Este desajuste en la detección podría ser consecuencia de que aún existiendo maltrato y siendo éste reconocido por el profesional, el grado de maltrato no cumplió los requisitos que se establecieron para ser caso en nuestro estudio. Otra posible explicación podría estar relacionada con un sesgo en el recuento de casos por ocultación del maltrato en la aplicación de la encuesta, ocultación ésta que no se habría dado con el profesional de salud mental que atiende a la mujer. En muchos de los estudios revisados sobre prevalencia de la violencia de género se comenta la frecuente ocultación del maltrato por parte de la mujer y por tanto la infravaloración del fenómeno de la violencia contra las mujeres respecto a las cifras reales de maltrato que sufren las mujeres.

4.4.1.5 Duración del trastorno psiquiátrico y violencia por parte de la pareja.

Se podría suponer, y así nos lo planteamos en la segunda hipótesis, que la violencia que sufre una mujer con un trastorno mental grave por parte de su pareja tiene relación con la duración del trastorno psiquiátrico. Así, una duración mayor del trastorno podría ser un factor de riesgo de padecer violencia por parte de la pareja. Los datos obtenidos en este trabajo no confirman esta hipótesis aunque sí se observan las siguientes tendencias sin llegar a ser estadísticamente significativas: las mujeres que son víctimas de maltrato por parte de su pareja o ex pareja, tanto en el último año como a lo largo de la vida, presentan un inicio más precoz del trastorno mental y llevan más años de tratamiento en salud mental que las mujeres que no sufren violencia por parte de la pareja.

Visto lo anterior no se aceptaría la **hipótesis segunda** que planteaba que las mujeres con un curso más prolongado del trastorno padecen más violencia por parte de su pareja o ex parejas que mujeres con un curso más corto del trastorno.

Analizado el hecho de si las primeras manifestaciones del trastorno psiquiátrico eran previas o posteriores al inicio del maltrato por parte de la pareja se observa que cuando se analizan los casos de violencia a lo largo de la vida, la mayoría de las mujeres (62,1%) refieren que no estaban en tratamiento en salud mental cuando ocurrieron las primeras agresiones. Reconociendo que no es asimilable el inicio de la enfermedad psiquiátrica entendido como las primeras manifestaciones sintomatológicas con el inicio del tratamiento en salud mental, se ha optado por recopilar este último dato por considerarlo más objetivo y de fácil recuerdo que el inicio de los síntomas que en muchos casos tienen una aparición más soterrada e insidiosa. Suponemos que manifestaciones francas de la sintomatología condujeron a las mujeres a tratamiento especializado en la red de salud mental, circunstancia ésta más fácil de fechar en la historia biográfica y también más fácil de relacionar con el maltrato.

Por todo lo cual se podría afirmar que el maltrato por parte de la pareja es previo en la mayoría de las mujeres al inicio del trastorno psiquiátrico.

4.4.1.6 Gravedad del trastorno psiquiátrico y violencia por parte de la pareja.

La escasa literatura que analiza la relación entre la gravedad del trastorno psiquiátrico y la violencia que sufre la mujer con trastorno mental grave encuentra que las mujeres víctimas de maltrato presentan más sintomatología (Avdibegovi y Sinanovi, 2006; Goodman *et al.*, 1997a; McPherson *et al.*, 2007; Poirier, 2000; Shack *et al.*, 2004), más hospitalizaciones psiquiátricas (Briere *et al.*, 1997; Carlile, 1991; Goodman *et al.*, 2001; McPherson *et al.*, 2007) y peor funcionamiento global (Bergman y Ericsson, 1996).

En nuestro estudio se observa que las mujeres que han sido víctimas de violencia a lo largo de la vida duplican de media el número de ingresos psiquiátricos que han tenido respecto a las mujeres no víctimas. Esta diferencia es estadísticamente significativa. Sin embargo las mujeres que han sido víctimas de violencia no refieren

que las agresiones por parte de sus parejas coincidan con periodos de descompensación.

Podemos considerar comprobada la **hipótesis tercera** que planteaba que se producirán significativamente más casos de maltrato por parte de la pareja/ex pareja a lo largo de la vida entre mujeres con más descompensaciones clínicas. Las descompensaciones clínicas a lo largo de la vida se consideraron en función de la variable “historia de ingresos psiquiátricos”.

Las mujeres que han sido víctimas de maltrato en el último año muestran una tendencia a tener un peor funcionamiento global y más ingresos psiquiátricos en el último año que las mujeres no víctimas pero estas diferencias no llegan a ser significativas. Por ejemplo, la media de ingresos en el último año de las mujeres víctimas de violencia ha sido casi el doble que las no víctimas (0,56 ingresos/año vs. 0,31 ingresos/año). La puntuación en la escala de funcionamiento global EEFG de las víctimas ha sido de 59,18 puntos de media y de 63,13 puntos en las mujeres no víctimas de agresiones.

Sí se ha comprobado en nuestro estudio que se han producido más casos de violencia por parte de la pareja en las mujeres que han estado más inestables psiquiátricamente en los seis meses previos a la entrevista.

Por todo lo anterior la **hipótesis cuarta** que planteaba una relación entre casos de maltrato por parte de la pareja/ex pareja en el último año y más descompensaciones clínicas en el último año sólo se aceptaría cuando la descompensación clínica es considerada como inestabilidad psiquiátrica en los últimos seis meses. Es decir las mujeres que a juicio del profesional han estado inestables psiquiátricamente en los seis meses previos a la entrevista sufrieron más maltrato por parte de su pareja que aquellas mujeres que han estado estables psiquiátricamente. No se observaría dicha relación si consideramos la descompensación como peor funcionamiento global o los ingresos psiquiátricos sufridos en el último año.

Hemos de considerar dos cuestiones para poder explicar esta circunstancia: la primera es que el instrumento EEFG combina medidas de funcionamiento psicosocial y de sintomatología y no es una escala de evaluación específica de sintomatología. La segunda consideración se refiere a la aparente contradicción entre inestabilidad en los últimos seis meses, que sí correlaciona con maltrato, y el número de ingresos psiquiátricos en el último año, que no correlaciona. Esta aparente contradicción podría llevarnos a considerar que las mujeres en situación de inestabilidad psiquiátrica que no han llegado a ingresar en alguna unidad de hospitalización y que por tanto permanecieron en su domicilio han estado expuestas a más agresiones por parte de su pareja que aquellas mujeres que sí llegaron a ingresar. El ingreso hospitalario podría entonces ser considerado como un elemento protector de agresiones a las mujeres que sufren maltrato cuando están inestables psiquiátricamente.

Al igual que en los estudios de Carlile, Friedman y Poirier (Carlile, 1991; Friedman *et al.*, 2011; Poirier, 2000) nuestros datos constatan que lo relevante para tener más riesgo de agresión por parte de la pareja es tener un diagnóstico psiquiátrico de lo considerados como graves o mayores más que el tipo de diagnóstico que se posea. Así, al analizar las frecuencias de maltrato en función de los diferentes diagnósticos que presentaban las mujeres no se encuentra relación entre casos de violencia y diagnósticos, excepto en violencia en el último año en el que de las agrupaciones diagnósticas realizadas se encontró una relación entre un diagnóstico, trastorno de personalidad, con más casos de violencia. Un resultado similar a éste es aportado en el trabajo de Herman (1986) y en el de Dressing y Gass (2010) que encuentran relación entre trastorno de la personalidad y más frecuencia de violencia por parte de la pareja.

4.4.1.7 Maltrato y apoyo social.

Al estudiar el apoyo social percibido por las mujeres con trastorno mental grave se observa que las mujeres que sufren o han sufrido a lo largo de la vida maltrato por

parte de su pareja presentan un apoyo social menor que las mujeres que no han sido víctimas de agresiones. Esta relación entre apoyo social bajo y maltrato se comprueba tanto en violencia en el último año como a lo largo de la vida y en todos los tipos de violencia sufrida excepto en la sexual donde la diferencia existe, especialmente a lo largo de la vida, pero no llega a ser estadísticamente significativa.

Con los datos analizados podemos considerar como comprobada y aceptada la **hipótesis quinta** que postulaba que existirían más casos de maltrato por parte de la pareja/ex pareja entre mujeres con un apoyo social menor que entre mujeres con un apoyo social normal.

Esta relación entre apoyo social bajo y mayor riesgo de maltrato no ha sido estudiada en trabajos con mujeres con trastorno mental grave, pero sí ha sido reproducida en población general (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Lasheras *et al.*, 2008; Plazaola-Castaño *et al.*, 2008) y en otros diagnósticos psiquiátricos (Polo, 2001; Ludermir *et al.*, 2008). Parece que en las mujeres con un trastorno mental grave el apoyo social juega un papel parecido al que ejerce en otras mujeres sin ese diagnóstico. El apoyo instrumental y emocional sentido por las mujeres para resolver las necesidades básicas de afiliación, afecto, pertenencia, seguridad, etc. juega un papel esencial en la prevención, amortiguación y/o resolución de las situaciones de maltrato. Con los datos disponibles en nuestro estudio no podemos determinar si el escaso apoyo social presente en la muestra de mujeres maltratadas es previo al maltrato o consecuencia de éste. Sin embargo sí se podría afirmar que una potenciación de las redes sociales en estas mujeres podría ser una medida preventiva de ocurrencia del maltrato.

Por otro lado, como se comentó anteriormente, en muchas mujeres en situación de maltrato, y quizás de forma más acusada en mujeres con trastorno mental grave, el maltratador es con frecuencia uno de los pocos apoyos de los que dispone la mujer. Esta doble función, maltratador y apoyador/cuidador, complica aún más la posible resolución de la situación de maltrato por no disponer la mujer de otras fuentes de

apoyo instrumental, emocional o de cuidado. Este aislamiento social, característico de las personas con trastorno mental grave, se constituye como una variable importante de riesgo de padecer violencia cuando estas mujeres inician una relación sentimental.

4.4.1.8 Violencia física y sexual en la infancia y maltrato.

La historia de abuso sexual y físico en la infancia de personas con trastornos psiquiátricos ha sido ampliamente estudiada en la literatura sobre el tema. En los estudios revisados sobre abuso en la infancia y victimización se constata mayoritariamente esa relación (Briere *et al.*, 1997; Bryer *et al.*, 1987; Cloitre *et al.*, 1996; Chandra *et al.*, 2003; Goodman *et al.*, 1995; Goodman *et al.*, 2001; Lipschitz *et al.*, 1996; Poirier, 2000; Polo, 2001; Vahip y Doganavsargil, 2006;). En nuestro trabajo se aprecia una mayor presencia de abuso sexual y físico declarado en la infancia de las mujeres que han sido o son maltratadas por sus parejas pero dicha diferencia solo es significativa en el caso de abuso físico en la infancia de mujeres que sufren violencia por parte de su pareja en el último año. El riesgo de sufrir maltrato por la pareja en el último año se multiplica por 2,2 en el caso que la mujer haya sufrido en la infancia abuso físico.

Por lo tanto, según los datos de nuestro estudio, el haber sufrido experiencias traumáticas en la infancia no presenta un riesgo añadido para ser víctima en la edad adulta de violencia por parte de la pareja y no encontramos argumentos para sostener la **hipótesis sexta** que consideraba que la frecuencia del maltrato será significativamente mayor entre mujeres que hayan sufrido abusos en la infancia respecto a las que no los han sufrido. Sólo se aceptaría esta hipótesis en el caso de maltrato físico en la infancia y violencia por parte de la pareja en el último año.

4.4.2 Limitaciones del estudio

Limitaciones respecto a la muestra: la muestra se considera representativa de la situación de las mujeres con trastorno mental grave con respecto al maltrato por parte de la pareja. Sin embargo señalamos varias limitaciones: un porcentaje importante (35,95%) de mujeres contactadas no han querido participar en el estudio, la extracción está realizada en sólo tres distritos de la Comunidad de Madrid y la totalidad de las mujeres son usuarias en contacto con servicios públicos y por tanto no existe representación de mujeres que utilizan la red privada y tampoco de mujeres con trastorno mental grave que no están en tratamiento.

Limitaciones respecto al sistema de recogida de datos: el recuento de situaciones de agresión que conforman o no los casos de violencia por parte de la pareja está obtenido según refieren las mujeres afectadas y por tanto sujeto a varios sesgos, entre ellos el recuerdo, la minimización de las agresiones, etc.

Limitaciones respecto a los instrumentos de medida: aunque como se ha comentado en el apartado correspondiente, se han seleccionado instrumentos para la evaluación de la violencia de amplio y contrastado uso, no existe aún consenso respecto a su utilización generalizada, por lo que los datos obtenidos deben ser comparados con cautela con los resultados de otras investigaciones que utilicen otros instrumentos de medida.

Limitaciones respecto a la interpretación de los resultados: la principal comparación respecto a prevalencias del maltrato se ha realizado con el estudio realizado en la Comunidad de Madrid ya que utiliza los mismos instrumentos que en nuestro estudio y la muestra está extraída también del mismo territorio. Sin embargo en el estudio de referencia utilizan la entrevista telefónica y en nuestro estudio la entrevista personal, por lo que es de suponer que los datos del estudio con población general estén algo infravalorados.

Limitaciones respecto al propio objeto de estudio: la violencia de pareja es un tema metodológicamente de difícil investigación ya que por un lado no existe un consenso de medida de la violencia, suele ocurrir en ámbitos privados donde las medidas objetivas son imposibles de realizar y la persona afectada de maltrato puede presentar tendencia a no querer participar en este tipo de estudios o a minimizar la presencia del maltrato en sus relaciones de pareja.

4.4.3 Aportaciones de la investigación.

La principal aportación del estudio sería sacar a la luz una realidad muchas veces ocultada desde los propios servicios de atención sanitarios y sociales, desde las propias organizaciones de defensa de los colectivos de discapacitados, con enfermedad mental o de víctimas de la violencia de género y también ocultada desde las propias mujeres víctimas del maltrato. Dicha realidad nos muestra que las mujeres con un trastorno mental grave son en una altísima proporción víctimas de violencia por parte de sus parejas o ex parejas. Esta proporción de mujeres que son agredidas por sus parejas o ex parejas y que además padecen un trastorno psiquiátrico grave puede llegar a triplicar la proporción de maltrato respecto a mujeres de población general, es decir una de cada tres mujeres con trastorno mental grave sufre o ha sufrido en el último año agresiones. Además cuatro de cada cinco mujeres con trastorno mental grave han sido maltratadas por sus parejas o ex parejas en algún momento de su vida adulta.

Esta realidad, en muchos casos sospechada y contrastada en escasas investigaciones en otros países, especialmente en Estados Unidos de Norteamérica, ha podido ser confirmada con una muestra de mujeres españolas.

Otro dato de interés señalado en nuestro estudio es que la violencia psicológica es la más frecuente y que una cuarta parte de las mujeres sufre violencia en su mayor grado de gravedad.

En esta investigación se ha podido también apuntar que al menos la mitad de las mujeres con maltrato son identificadas por los profesionales de la red de recursos públicos de salud mental.

Siendo la demostración de la alta prevalencia del maltrato en las relaciones afectivas de pareja en mujeres con trastorno psiquiátrico grave el principal objetivo de esta investigación, se han podido contrastar algunos otros datos interesantes que se apuntan a continuación.

Una de las constataciones de nuestro trabajo es que las mujeres con trastorno mental grave que son maltratadas por sus parejas presentan un apoyo social bajo y esta circunstancia las hace especialmente vulnerables a las agresiones y sin una red de apoyo que les permita afrontar con más garantías la situación de maltrato. Esta circunstancia podría formar parte de las variables que explicasen otro dato aportado por nuestra investigación: la mitad de las mujeres maltratadas no comentan su situación de agresiones con nadie ni acuden a ningún recurso o servicio. Las que sí acuden o comentan su situación lo hacen mayoritariamente a la policía y al servicio de salud mental. Muy pocas mujeres relatan su situación a redes de apoyo naturales como la familia o los amigos.

También se ha observado que una de cada tres mujeres víctimas de agresiones no se considera a sí misma una mujer maltratada a pesar de vivir una situación de maltrato evidente.

Por último se ha podido demostrar cómo algunas variables relacionadas con el trastorno psiquiátrico tienen influencia en la presencia de maltrato. Por ejemplo, que la mujer esté inestable psiquiátricamente la coloca en una situación de más riesgo de agresiones. También se ha observado que las mujeres que han tenido mayor cantidad de ingresos psiquiátricos a lo largo de la vida son víctimas de maltrato con más frecuencia que mujeres sin tantos ingresos.

De este trabajo se podrían hacer las siguientes recomendaciones para futuras investigaciones:

- Respecto a estudios relacionados con la evaluación de las prevalencias podría ser interesante realizar investigaciones con recogida de datos a través de entrevistas en mujeres de población general y con otras discapacidades. Con ello se podría determinar el peso específico del trastorno mental dentro de la múltiple discriminación que sufren las mujeres con trastorno mental grave víctimas de violencia por parte de la pareja. También podría considerarse una recogida de datos que no sea exclusivamente los referidos por las afectadas y la posibilidad de realizar estudios prospectivos.
- Respecto a investigaciones que estudien la respuesta de los servicios ante el problema del maltrato de sus usuarias sería interesante objetivar qué respuestas dan los profesionales de los recursos ante la situación de maltrato y por otro analizar las barreras y obstáculos que dificultan o impiden mejores detecciones del problema y respuestas más generalizadas y efectivas.
- Respecto a investigaciones que analicen las variables clínicas habría que profundizar en el estudio de la relación del maltrato con la sintomatología, la adherencia a los tratamientos, el uso de recursos y servicios, el consumo de fármacos, etc.
- Respecto al afrontamiento de la situación de maltrato sería de interés conocer que variables personales y de contexto que facilitan en las mujeres con un trastorno mental grave un afrontamiento adecuado de la situación del maltrato.

4.4.4 Implicaciones para la clínica

Del presente trabajo podrían desprenderse algunas recomendaciones que pueden ser de utilidad para el manejo clínico de las mujeres con trastorno mental grave víctimas de maltrato. En primer lugar parece evidente que es necesaria una mejor detección en los servicios de salud mental de posibles víctimas de maltrato. La instauración de un protocolo que aborde directamente con las mujeres las relaciones de pareja y los posibles maltratos ayudaría en la detección. Dicho procedimiento debería ser de uso en primeras evaluaciones y también de aplicación rutinaria y periódica. No solo serviría para detectar situaciones francas y cronificadas de maltrato sino también para poder ayudar a la mujer en los inicios de las agresiones.

Relacionado con la detección y también con el abordaje del maltrato parece necesario que los profesionales de salud mental reciban formación específica sobre manejo clínico, asesoramiento y acompañamiento en la violencia de género y de pareja. También podría ser interesante favorecer en los profesionales sanitarios actitudes ante el maltrato que no minimicen, culpabilicen o nieguen éste.

Siendo la violencia contra las mujeres un problema con múltiples y variados frentes, la implicación de diferentes servicios y agentes comunitarios se hace imprescindible. Los servicios de salud mental que trabajan con mujeres con trastorno mental grave deberían tener asentadas las bases para un trabajo coordinado y complementario con otros recursos sociales, sanitarios, judiciales, etc. La red de servicios debería suplir las necesidades de cuidado que presentan algunas mujeres con trastorno mental grave donde se puede observar con cierta frecuencia la perversa paradoja de que la única red con la que cuenta la mujer para cubrir sus necesidad de cuidado la constituye su pareja maltratadora.

En el manejo clínico de las situaciones de maltrato y del trastorno mental grave en mujeres en riesgo o que sufren maltrato puede ser relevante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- intentar un abordaje precoz ante los primeros indicios de maltrato,
- favorecer el mantenimiento y desarrollo de redes sociales de apoyo en las mujeres con trastorno mental grave,
- mejorar las competencias en habilidades sociales para que la mujer se vea más competente socialmente en las relaciones afectivas,
- impulsar la autonomía personal y económica en la mujer para evitar situaciones de dependencia del posible maltratador,
- favorecer la estabilidad psiquiátrica,
- en situaciones de inestabilidad psiquiátrica puede ser más recomendable un ingreso hospitalario que un abordaje ambulatorio.

5 CONCLUSIONES

Las principales conclusiones del presente trabajo serían:

- La prevalencia de la violencia de pareja hacia mujeres con trastorno mental grave es muy elevada: 80% de las mujeres con trastorno mental grave han sido maltratadas por parte de su pareja o ex pareja en algún momento de su vida y el 30% lo han sido en el último año. Este último dato multiplica por tres la prevalencia en el último año en comparación con mujeres de población general (10% en el último año).
- Tanto en el maltrato sufrido a lo largo de la vida como en el último año el tipo de violencia más frecuente es la psicológica, seguido por la física y después la sexual. En los tres tipos de violencia el agresor más habitual es la ex pareja en violencia a lo largo de la vida y la pareja en el último año.
- Se da una alta prevalencia de las situaciones de gravedad extrema de las agresiones que consiste en sufrir los tres tipos de violencia: física, sexual y psicológica. Una cuarta parte (24,7%) de las mujeres que han sido maltratadas a lo largo de la vida o una décima parte (9,3%) en el último año están sometidas a una violencia muy grave.
- Se constata un porcentaje elevado de mujeres (41,9%) que a pesar de ser técnicamente víctimas de maltrato en el último año no se consideran o autocalifican a sí mismas como mujeres maltratadas. De todas formas parece que se autocalifican como mujeres maltratadas con más frecuencia que mujeres en población general.
- La mitad de las mujeres no comentan su situación de maltrato con nadie ni acuden a ningún recurso o servicio de atención. Las que sí acuden o comentan su situación lo hacen mayoritariamente a la policía y/o a los servicios de salud mental. Se observa que las mujeres que se autocalifican a

sí mismas como maltratadas habían comentado su situación de violencia con más frecuencia que las que no se consideran mujeres maltratadas.

- Los profesionales detectan o identifican entre el 50% (maltrato en el último año) y el 62,5% (maltrato vida) de las mujeres que sufren violencia. Se detectan mejor unos tipos de violencia que otros (la psicológica y la física mejor que la sexual). Cuanto más grave es la violencia mayor es la detección del profesional. Llama la atención que los servicios de salud mental de distrito detectan el 65,3% de los casos de maltrato a la largo de la vida frente al 55,2% que detectan los centros de rehabilitación psicosocial que están situados en un tercer nivel de atención. Esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa y se igual cuando se comparan el porcentaje de detección de la violencia en el último año.
- La mayoría de las mujeres (62,1%) que han sufrido maltrato a lo largo de la vida refieren que no estaban en tratamiento en salud mental cuando se iniciaron las agresiones.
- Según refieren las mujeres entrevistadas las agresiones coinciden en la mitad de los casos con descompensaciones o agravamiento de la enfermedad mental.
- Aunque se observa cierta correspondencia entre peor funcionamiento global y ser víctima de violencia esta relación no llega a ser estadísticamente significativa. Esta tendencia se observa también en todos los tipos de violencia excepto en violencia sexual sufrida en el último año ya que la muestra de mujeres que han sufrido este tipo de violencia es muy pequeña.
- No se aprecia relación significativa entre gravedad del trastorno mental y gravedad de las agresiones sufridas. Es decir, parece que tener peor funcionamiento global y/o más sintomatología no incrementa el riesgo de sufrir agresiones más graves.

- El apoyo social percibido es menor en mujeres que son víctimas de maltrato que en mujeres que no lo son. Esta diferencia significativa se mantiene en todos los tipos de violencia sufrida excepto en la sexual. No se tienen datos para determinar si el apoyo social bajo refleja una mayor vulnerabilidad al maltrato, menores capacidades para enfrentar la situación de maltrato, ser una consecuencia de la violencia o una combinación de varios de estos factores.
- Las mujeres que sufren maltrato no han tenido significativamente más abuso físico y sexual en la infancia que aquellas mujeres que no lo sufren excepto las mujeres que en el último año han sufrido violencia que sí tienen una mayor proporción de abusos físicos en la infancia. Las mujeres que han sufrido abuso físico en la infancia tienen un riesgo 2,22 veces superior de ser víctimas de violencia por parte de su pareja en el último año.
- En relación a las variables sociodemográficas analizadas se aprecian significativamente más casos de violencia de pareja en mujeres casadas, que conviven con su pareja, que tienen hijos y que no tienen cualificación profesional.
- Respecto a las características clínicas se aprecian significativamente más casos de violencia de pareja a lo largo de la vida en mujeres que han tenido más ingresos psiquiátricos a lo largo de la vida o en los 12 meses previos a la entrevista. El ingreso hospitalario podría entonces ser considerado como un elemento protector de agresiones a las mujeres que sufren maltrato cuando están inestables psiquiátricamente. En relación a la violencia reciente se observan más casos de maltrato entre las mujeres que habían estado inestables psiquiátricamente en los 6 meses previos a la entrevista.
- Se constata una tendencia, sin llegar a ser estadísticamente significativa, entre más tiempo de evolución de la enfermedad (tanto en edad de inicio y en

tiempo de contacto con salud mental) y más proporción de casos de violencia por parte de la pareja.

6 RESUMEN

Antecedentes: la violencia de pareja hacia las mujeres es un tema de considerables dimensiones sobre el que se han publicado numerosos estudios en población general. Sin embargo la investigación sobre la violencia que sufren las mujeres con un trastorno mental grave por parte de su pareja es escasa a nivel mundial e inexistente en población española.

Objetivo: estudiar la prevalencia y características de la violencia de pareja hacia mujeres con un trastorno mental grave.

Métodos y material: estudio transversal a través de encuestas aplicadas en entrevista personal. Se recaba información sobre violencia sufrida por las mujeres referida a dos momentos: el año previo a la entrevista y a lo largo de toda su vida adulta. Los instrumentos utilizados para la evaluación de la violencia en la pareja fueron las adaptaciones españolas del *Conflict Tactics Scales-CTS-1* para evaluar las agresiones físicas y el *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France* (Enveff) para evaluar las agresiones psicológicas y sexuales. Las escalas para la medición de la violencia de pareja fueron completadas con la evaluación del soporte social (cuestionario DUKE-UNC), funcionamiento global (EEFG), cuestionario de detección del maltrato por parte de los profesionales (elaboración propia), registro de datos sociodemográficos y clínicos y otros aspectos relacionados con el maltrato (autocalificación, inicio del maltrato, abusos en la infancia, etc.).

Muestra: la muestra estaba compuesta por 142 mujeres mayores de edad con trastorno mental grave, que convivieran o hubieran convivido en algún momento con pareja y que estaban en atención en Servicios de Salud Mental públicos de tres distritos de la Comunidad de Madrid.

Resultados: la prevalencia de la violencia por parte de la pareja en los doce meses previos a la entrevista fue del 30,3% y a lo largo de la vida del 79,6%. La violencia más frecuente fue la psicológica, seguida por la física y por último la sexual. El

24,7% de las mujeres que han sido maltratadas a lo largo de la vida y el 9,3% en el último año han sido víctimas de una violencia calificada como muy grave. El 32,7% de las mujeres víctimas de violencia no se califican a sí mismas como mujeres maltratadas. El 48,5% de las mujeres maltratadas no comentan su situación de maltrato con nadie ni acuden a ningún recurso o servicio de atención y las que sí lo hacen acuden principalmente a servicios de salud mental o a la policía. Las mujeres que son víctimas de maltrato presentan un apoyo social bajo. El maltrato es más probable cuando las mujeres están inestables psiquiátricamente y presentan mayor número de ingresos psiquiátricos a lo largo de la vida. El 62,1% de las mujeres víctimas de maltrato no estaban en tratamiento en salud mental cuando comenzaron las agresiones. Las mujeres que han sufrido abuso físico en la infancia tienen un riesgo 2,22 veces superior de ser víctimas de violencia por parte de su pareja en el último año.

Los profesionales de los servicios de salud mental detectan el 50% de los casos de maltrato reciente y el 62,5% del maltrato referido a toda la vida. La violencia que mejor identifican los profesionales es la psicológica y la física.

Conclusiones: esta investigación pone de manifiesto la magnitud de la violencia que sufren las mujeres con trastorno mental grave por parte de su pareja o ex pareja. Esta múltiple discriminación (ser mujer, discapacitada, enferma mental y maltratada) coloca a este colectivo en situación de especial vulnerabilidad. Los profesionales de los servicios de salud mental, junto a otros recursos implicados, deberían tomar conciencia de esta situación e implementar actuaciones para su abordaje.

Abstract

Background: intimate partner violence against women is a subject of considerable dimensions on which there have been numerous research with general population. However, research on intimate partner violence experienced by women with a severe mental disorder is limited and there is not research in the Spanish population.

Objective: study the prevalence and characteristics of intimate partner violence towards women with a severe mental disorder.

Material and methods: cross-sectional surveys conducted by personal interview. It collects information about violence suffered by women related to two moments: the year prior to the interview and in the course of her adult life. The instruments used for assessment of partner violence were the Spanish adaptations of the Conflict Tactics Scales-CTS-1 to assess the physical violence and the *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France* (Enveff) to assess psychological aggression and sexual assault. This scales were completed with the assessment of social support (DUKE-UNC questionnaire), global functioning (EEFG), intimate violence screening questionnaire for professionals (own development). Sociodemographic and clinical data and other issues related to abuse (self-rating, onset of abuse, childhood abuse, etc.) were also collected.

Participants: The sample consisted of 142 adult women with serious mental disorders who live or have lived together with a partner and were treated in public mental health services in three districts of Madrid.

Results: the prevalence of intimate partner violence in the twelve months preceding the interview was 30.3% and over the life of 79.6%. The most common violence was the psychological aggression, followed by physical violence and sexual assault. 24.7% of women who have been battered over the life and 9.3% in the last year have been victims of violence qualified as very serious. 32.7% of women victims of

violence do not qualify themselves as battered women. 48.5% of battered women do not talk about their abusive situation with anyone or come to any resource or service. Women preferred the police and mental health service. Women victims of abuse have a low social support. Abuse is more likely when women are psychiatrically unstable and the highest number of psychiatric admissions throughout life. 62.1% of battered women were not in mental health treatment when the attacks began. Women who have suffered physical abuse in childhood are 2.22 times higher risk of being victims of intimate partner violence in the past year.

The mental health professionals identified 50% of recent abuse cases and 62.5% of abuse over the life. The professionals identified better psychological and physical violence.

Conclusions: This research highlights the extent of intimate partner violence experienced by women with serious mental disorders. This multiple discrimination (being female, disabled, mentally ill and abused) positions this group at increased risk of vulnerability. The professional mental health services and other resources involved, should be aware of this situation and implement actions to address the intimate partner violence against women with severe mental illness.

7 BIBLIOGRAFÍA

Akyuz, G., Kugu, N., Dogan, O., y Ozdemir, L. (2002). Domestic violence, marriage problems, referral complaints and psychiatric diagnosis of the married women admitted to a psychiatry outpatient clinic. *Yeni Symposium*, 40, 41-48.

Alberdi, I., y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica: Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Alhabib, S., Nur, U., y Jones, R. (2010). Domestic Violence Against Women: Systematic Review of Prevalence Studies. *Journal of family violence*, 25, 369-382.

Alonso, F., Herrero Velázquez, S., Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocron Bentata, L., García Campayo, J. et al. (2003). Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Aten Primaria*, 32, 425-433.

Alonso, M., Bedoya, J. M., Cayuela, A., Dorado, M., Gómez, M., y Hidalgo, D. (2004). Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. *Progresos en Obstetricia y Ginecología*, 47, 511-520.

Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International journal of clinical and health psychology*, 2, 227-246.

Anthony, W., Cohen, M., y Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for psychiatric Rehabilitation.

APA American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.

Avdibegovi , E. y Sinanovi , O. (2006). Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croatian medical journal*, 47, 730-741.

Barrett, K. A., O'Day, B., Roche, A., y Carlson, B. L. (2009). Intimate Partner Violence, Health Status, and Health Care Access Among Women with Disabilities. *Women's Health Issues, 19*, 94-100.

Bell, C. C., Taylor-Crawford, K., Jenkins, E. J., y Chalmers, D. (1988). Need for victimization screening in a black psychiatric population. *Journal of the National Medical Association, 80*, 41-48.

Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J., y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria, 18*, 153-163.

Bengtsson-Tops, A., Markstrom, U., y Lewin, B. (2005). The prevalence of abuse in Swedish female psychiatric users, the perpetrators and places where abuse occurred. *Nord.J.Psychiatry, 59*, 504-510.

Bentsson-Tops, A. y Tops, D. (2007). Self-reported consequences and needs for support associated with abuse in female users of psychiatric care. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*, 35-43.

Bergman, B. y Ericsson, E. (1996). Family violence among psychiatric in-patients as measured by the Conflict Tactics Scale (CTS). *Acta Psychiatr. Scand., 94*, 168-174.

Blanco, A. (2010). El enfermo mental con discapacidades psicosociales. En A. Pastor, A. Blanco, y D. Navarro (Eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 77-94). Madrid: Editorial Síntesis.

Blanco, A. y Pastor, A. (1997). Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. En A. Rodríguez (Ed.), *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos* (pp. 33-55). Madrid: Editorial Pirámide.

BOE número 313 de 29/12/2004 (2004). Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *BOE número 313*

de 29/12/2004, 42166-42197. Extraído el 21 de Junio de 2011 desde <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

Bradley, F., Smith, M., Long, J., y O'Dowd, T. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*, 324, 271-276.

Brekke, J. S., Prindle, C., Bae, S. W., y Long, J. D. (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services*, 52, 1358-1366.

Briere, J., Woo, R., McRae, B., Foltz, J., y Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *J.Nerv.Ment.Dis.*, 185, 95-101.

Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med.Care*, 26, 709-723.

Brownridge, D. A. (2006). Partner Violence Against Women With Disabilities: Prevalence, Risk y Explanations. *Violence Against Women*, 12, 805-822.

Brunette, M. F. y Drake, R. E. (1997). Gender differences in patients with schizophrenia and substance abuse. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 109-116.

Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., y Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am.J.Psychiatry*, 144, 1426-1430.

Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P. et al. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157-1163.

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.

- Cano Martín, L. M., Berrocso Martínez, A., Arriba Muñoz, L. D., Bernaldo de Quirós Lorenzana, R., Alamar Provecho, J. D., y Cardo Maza, A. (2010). Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3, 10-17.
- Carlile, J. B. (1991). Spouse assault on mentally disordered wives. *Can.J.Psychiatry*, 36, 265-269.
- Carmen, E. H., Rieker, P. P., y Mills, T. (1984). Victims of violence and psychiatric illness. *Am.J.Psychiatry*, 141, 378-383.
- Cascardi, M., Mueser, K. T., DeGiralomo, J., y Murrin, M. (1996). Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners. *Psychiatr.Serv.*, 47, 531-533.
- Casteel, C., Martin, S. L., Smith, J. B., Gurka, K. K., y Kupper, L. L. (2008). National study of physical and sexual assault among women with disabilities. *Injury Prevention*, 14, 87-90.
- Castillo, R. S., López, E. P. M., Huertas, J. L. A., Urbano, C. A., Gallo, A. R., y Molina, M. M. (2002). Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*, 14, 224-232.
- Chandra, P. S., Deepthivarma, S., Carey, M. P., Carey, K. B., y Shalinianant, M. P. (2003). A cry from the darkness: women with severe mental illness in India reveal their experiences with sexual coercion. *Psychiatry*, 66, 323-334.
- Chang, J. C., Cluss, P. A., Burke, J. G., Hawker, L., Dado, D., Goldstrohm, S. et al. (2011). Partner violence screening in mental health. *General Hospital Psychiatry*, 33, 58-65.
- Chapple, B., Chant, D., Nolan, P., Cardy, S., Whiteford, H., y McGrath, J. (2004). Correlates of victimisation amongst people with psychosis. *Soc.Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 39, 836-840.

Choe, J. Y., Teplin, L. A., y Abram, K. M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns.

Psychiatr.Serv., 59, 153-164.

Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C., y Portera, L. (1996). Childhood abuse and subsequent sexual assault among female inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 473-482.

Cobo, J., Muñoz, R., Martos, A., Carmona, M., Pérez M, Cirici, R., et al. (2010). La violencia de género en la atención psiquiátrica y psicológica especializada: ¿es relevante la violencia de género para nuestros profesionales? *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 3, 61-67.

Cohen, M. M., Forte, T., Du Mont, J., Hyman, I., y Romans, S. (2006). Adding Insult to Injury: Intimate Partner Violence Among Women and Men Reporting Activity Limitations. *Annals of Epidemiology*, 16, 644-651.

Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M. et al. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 260-268.

Cole, C. (1988). Routine comprehensive inquiry for abuse: A justifiable clinical assessment procedure? *Clinical Social Work Journal*, 16, 33-42.

Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farrás, U., Rodríguez, D., Millá, J., y Santiña, M. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*, 22, 7-10.

Comunidad de Madrid (2008). *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid: Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública y Alimentación.

Comunidad de Madrid (2010). *Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres* Madrid: Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Agencia Laín Entralgo.

Coverdale, J. H. F. y Turbott, S. H. B. (2000). Sexual and Physical Abuse of Chronically Ill Psychiatric Outpatients Compared with a Matched Sample of Medical Outpatients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 188, 440-445.

Darves-Bornoz, J. M., Lempérière, T., Degiovanni, A., y Gaillard, P. (1995). Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 78-84.

De Miguel, A. (2005). La violencia de género: la construcción de un marco feminista de interpretación. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 231-248.

Defensor del Pueblo (1998). *La violencia doméstica contra las mujeres*. Madrid: Defensor del Pueblo. Informes, estudios y documentos.

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2010). *Información estadística de violencia de género - Octubre de 2010*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. Extraído el 15 de Junio de 2011 desde http://www.migualdad.es/ss/Satellite?c=MIGU_Multimedia_FP&cid=1193049886848&language=cas_ES&pageid=1193049890202&pagename=MinisterioIgualdad%2FMIGU_Multimedia_FP%2FMIGU_listadoSubcategoria

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2011a). *Información estadística de violencia de género. Últimos datos*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. Extraído el 15 de Junio de 2011 desde http://www.migualdad.es/ss/Satellite?c=MIGU_Multimedia_FP&cid=1193049886848&language=cas_ES&pageid=1193047407121&pagename=MinisterioIgualdad%2FMIGU_Multimedia_FP%2FMIGU_listadoSubcategoria

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2011b). Víctimas mortales por violencia de género. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. Extraído el 15 de Junio de 2011 desde <http://www.migualdad.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=Content-disposition&blobheadervalue1=>

inline&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1244654915182&ssbinary=true

Department of Gender Equality (2007). Men's violence against women: Extent, characteristics and the measures against violence - 2007. Department of Gender Equality. The Minister for Gender Equality. Denmark [On-line].

Díaz-Salazar, M., López, G., y Orozco, B. (2011). *Violencia de género en adicciones*. Comunicación personal. Extraído el 7 de julio de 2011 desde http://www.madridsalud.es/archivo_comunicaciones/violencia_Pareja_Patologia_Dual.pdf

Dienemann, J., Boyle, E., Baker, D., Resnick, W., Wiederhorn, N., y Campbell, J. (2000). Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 499-513.

Division for advancement of women (2005). *Violencia contra la mujer: panorama estadístico, desafíos y lagunas en la recopilación de datos, y metodología y enfoques para superarlos*. Ginebra: Naciones Unidas. Extraído el 16 de Junio de 2011 desde <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-stat-2005/docs/final-report-vaw-stats-spanish.pdf>

Dressing, H. y Gass, P. (2010). Prevalence of stalking in a psychiatric hospital population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 736-741.

Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Rev Psicopatol Psicol Clin*, 2, 7-19.

Eilenberg, J., Fullilove, M. T., Goldman, R. G., y Mellman, L. (1996). Quality and use of trauma histories obtained from psychiatric outpatients through mandated inquiry. *Psychiatric Services*, 47, 165-169.

El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., Go, H., y Hill, J. (2005). Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone. *American Journal of Public Health*, 95, 465-470.

Ellsberg, M. (2006). Violence against women and the Millennium Development Goals: Facilitating women's access to support. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 94, 325-332.

Ellsberg, M., Jansen, H., Heise, L., Watts, C., y Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371, 1165-1172.

Escudero, A., Polo, C., López, M., y Aguilar, L. (2005). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. 1: las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25, 085-117.

Espinar Ruíz, E. (2003). *Violencia de género y procesos de empobrecimiento. Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o ex-pareja sentimental*. Tesis de Doctorado no publicada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Alicante.

Feder, G., Ramsey, J., Dunne, D., Rose, M., Arsene, C., Norman, R. et al. (2009). How far does screening women for domestic (partner) violence in different health care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health technology assessment*, 13, 1-113.

Fernández Romero, E., Espino Pérez, R., Aguilera Peña, M., Pablo Vázquez, M. D., Galán Doval, C. J., y Recio Ramírez, J. M. (2008). Violencia doméstica atendida en urgencias de un hospital comarcal. *Emergencias*, 20, 164-172.

Fikree, F. F. y Bhatti, L. I. (1999). Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 65, 195-201.

Fischbach, R. L. y Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: Correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science & Medicine*, 45, 1161-1176.

- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J., y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17, 90-95.
- Fougeyrollas-Schwebel, D. (2005). Violence against women in France: the context, findings and impact of the Enveff survey? *Statistical Journal of the UN Economic Commission for Europe*, 22, 289-300.
- Friedman, S., Loue, S., Goldman Heaphy, E., y Mendez, N. (2011). Intimate Partner Violence Victimization and Perpetration by Puerto Rican Women with Severe Mental Illnesses. *Community Mental Health Journal*, 47, 156-163.
- Friedman, S. H. y Loue, S. (2007). Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *J. Womens Health (Larchmt.)*, 16, 471-480.
- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C. et al. (2005). Special section on seclusion and restraint: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56, 1123-1133.
- Ganzenmüller, C., Escudero, J. F., y Frígola, J. (1999). *La violencia doméstica: regulación legal y análisis sociológico*. Barcelona: Ed. Bosch S.A.
- García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L., y Watts, C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368, 1260-1269.
- Gelles, R. J. y Cornell, C. P. (1987). *Intimate violence in families*. London: Sage Publications.
- Gil Ambrona, A. (2008). *Historia de la violencia contra las mujeres: misoginia y conflicto matrimonial en España*. Madrid: Editorial Cátedra.
- Gisbert, C. (Ed.). (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of family violence*, 14, 99-132.

Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., y Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hosp.Community Psychiatry*, 32, 21-27.

Goodman, L. A. y Dutton, M. A. (1996). The relationship between victimization and cognitive schemata among episodically homeless, seriously mentally ill women. *Violence and Victims*, 11, 159-174.

Goodman, L. A., Dutton, M. A., y Harris, M. (1995). Episodically homeless women with serious mental illness: prevalence of physical and sexual assault. *Am.J.Orthopsychiatry*, 65, 468-478.

Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., Mueser, K. T., y Drake, R. E. (1997a). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophr.Bull.*, 23, 685-696.

Goodman, L. A., Salyers, M. P., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Swartz, M., Essock, S. M. et al. (2001). Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *J.Trauma Stress*, 14, 615-632.

Goodman, L. A., Thompson, K. M., Weinfurt, K., Corl, S., Acker, P., Mueser, K. T. et al. (1999). Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *J.Trauma Stress*, 12, 587-599.

Goodman, L. A., Dutton, M. A., y Harris, M. (1997b). The Relationship Between Violence Dimensions and Symptom Severity Among Homeless, Mentally Ill Women. *J.Trauma Stress*, 10, 51-70.

Gracia Fuster, E. (2002). *Las víctimas invisibles de la violencia familiar*. Barcelona: Editorial Paidós.

Gracia, E. y Lila, M. (2008). Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. *Revista Médica de Chile*, 136, 394-400.

Group of specialists for combating violence against women (1997). *Final Report of Activities of the EG-S-VL including a Plan of Action for combating violence against women*. Council of Europe. Extraído el 7 de Mayo de 2011 desde http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/03themes/violence-against-women/EG-S-VL%2897%291_en.pdf

Grubaugh, A. L. y Frueh, B. C. (2006). Intimate partner violence victimization among adults with severe mental illness: Results of a cross-sectional study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1472-1473.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/0

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, c. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.

Hegarty, K., Gunn, J., Chondros, P., y Small, R. (2004). Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ*, 328, 621-624.

Hegarty, K. L. y Bush, R. (2002). Prevalence and associations of partner abuse in women attending general practice: a cross sectional survey. *Australian and New Zealand journal of public health*, 26, 437-442.

Heise, L., Ellsberg, M., y Gottemoeller, M. (1999). *Ending violence against women*. Baltimore: The Johns Hopkins University, School of Public Health. Population information programa (vols. Serie L, Nº 11).

Herman, J. L. (1986). Histories of violence in an outpatient population: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 137-141.

Heru, A. M., Stuart, G. L., Rainey, S., Eyre, J., y Recupero, P. R. (2006). Prevalence and severity of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 23-29.

Hiday, V., Swartz, M., Swanson, J., Borum, R., y Wagner, H. (1999). Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr.Serv.*, 50, 62-68.

Hiday, V., Swartz, M., Swanson, J., Borum, R., y Wagner, H. (2002). Impact of Outpatient Commitment on Victimization of People With Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1403-1411.

Hilberman, E. y Munson, K. (1977). Sixty battered women. *Victimology*, 2, 460-470.

Hodgins, S., Alderton, J., Cree, A., Aboud, A., y Mak, T. (2007). Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 343-350.

Hoffman, B. y Toner, B. (1988). The prevalence of spousal abuse in psychiatric inpatients: A preliminary study. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 53-60.

Howard, L. M., Trevillion, K., y Agnew-Davies, R. (2010a). Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry*, 22, 525-534.

Howard, L. M., Trevillion, K., Khalifeh, H., Woodall, A., Gnew-Davies, R., y Feder, G. (2010b). Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychol.Med.*, 40, 881-893.

Hudson, W. W. y McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and Family*, 43, 873-888.

Instituto de la Mujer y Sigma Dos (2006). *III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2007). *Modelo de atención a las persona con enfermedad mental grave*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2003a). *Población con enfermedad mental grave y prolongada*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2003b). *Rehabilitación e Integración Social de las Personas con Trastorno Mental Grave*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Jacobson, A. (1989). Physical and sexual assault histories among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 146, 755-758.

Jacobson, A. y Richardson, B. (1987). Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry. *Am.J.Psychiatry*, 144, 908-913.

Jansen, H. A., Üner, S., Kardam, F., Tezcan, S., Ergöçmen, B. A., y Koç, Y. (2009). *National Research on Domestic Violence Against Women in Turkey. Summary Report*. Ankara: Institute Public Sector GmbH, Hacettepe University Institute of Population Studies, BNB consulting Ltd Co.

Jaspard, M. y Équipe Enveff (2000). *Le questionnaire de l'enquête Enveff. Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France*. Paris: Service de droit des femmes. Extraído el 19 de Octubre de 2010 desde:
http://www.ined.fr/enquetes/img_quest/IE0221_Q1.pdf

Jaspard, M. y L'équipe Enveff (2001). Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France. *Population & Sociétés*, 364, 1-4.

Jaspard, M. y L'équipe Enveff (2006). *Enquête national sur les violences envers les femmes en France 2000 (ENVEFF)*. Paris: Service de droit des femmes.

Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 359, 1423-1429.

Khalifeh, H. y Dean, K. (2010). Gender and violence against people with severe mental illness. *International Review of Psychiatry*, 22, 535-546.

Kocacik, F. y Dogan, O. (2006). Domestic violence against women in Sivas, Turkey: survey study. *Croatian medical journal*, 47, 742-749.

Kramer, A., Lorenzon, D., y Mueller, G. (2001). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues*, 14, 19-29.

Kyriacou, D. N., Anglin, D., Taliaferro, E., Stone, S., Tubb, T., Linden, J. A. et al. (1999). Risk factors for injury to women from domestic violence. *J Med*, 341, 1892-1898.

Labrador Encinas, F. J., Fernández-Velasco, R., y Rincón, P. P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22, 99-105.

Lam, J. A. y Rosenheck, R. (1998). The effect of victimization on clinical outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatr.Serv.*, 49, 678-683.

Larson, M. J., Miller, L., Becker, M., Richardson, E., Kammerer, N., Thom, J. et al. (2005). Physical health burdens of women with trauma histories and co-occurring substance abuse and mental disorders. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 32, 128-140.

Lasheras, M. L., Pires, M., Zorrilla, B., Sánchez, L., Seoane, L., y Morant, C. (2008). *Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud y Agencia Laín Entralgo.

Lewin, L. C., Abdrbo, A., y Burant, C. J. (2010). Domestic violence in women with serious mental illness involved with child protective services. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 128-136.

Liberman, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

Lipschitz, D. S., Kaplan, M. L., Sorkenn, J. B., y Faedda, G. L. (1996). Prevalence and characteristics of physical and sexual abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*, 47, 189-191.

Lisboa, M. (2008). *Gender Violence in Portugal: a National Survey of Violence against Women and Men, 2008*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. SociNova/CesNova. Extraído el 16 de Junio de 2011 de <http://webapps01.un.org/vawdatabase/uploads/Portugal%20-%20Gender%20Violence%20-%20National%20Survey%20Results.pdf>

Loinaz, I., Echeburúa, E., y Irureta, M. (2011). Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización violenta. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19, 421-438.

Lokhmatkina, N. V., Kuznetsova, O. Y., y Feder, G. S. (2010). Prevalence and associations of partner abuse in women attending Russian general practice. *Family practice*, 27, 625-631.

López-Cepero Borrego, J., Rodríguez Franco, L., Rodríguez Díaz, F. J., y Bringas Molleda, C. (2010). *La violencia de pareja, ¿Una situación evidente?*. Comunicación presentada en 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Psiquiatria.com. Febrero-Marzo de 2010. Intersalud.

Lorente Acosta, M. (2008). Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 20, 191-197.

Ludermir, A. B., Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., França-Junior, I., y Jansen, H. A. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 66, 1008-1018.

Lundgren, E. (2002). *Captured queen: men's violence against women in "equal" Sweden: a prevalence study*. Stockholm: Fritzes Offtliga Publikationer. Extraído el 15 de Junio de 2011 de <http://www.brottsoffermyndigheten.se/Sidor/EPT/Bestallningar/PDF/Captured%20Queen%20.pdf>

Maier, S. F. y Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of experimental psychology: general*, 105, 3-46.

Maniglio, R. (2009). Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 180-191.

Maqueda Abreu, M.-L. (2006). La violencia de género: Entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, 1-13. Extraído el 18 de Mayo de 2011 desde <http://criminnet.ugr.es/recpc/08/recpc08-02.pdf>

Mazza, D., Dennerstein, L., y Ryan, V. (1996). Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. *Medical journal of Australia*, 164, 14-16.

McFarlane, A., Schrader, G., Bookless, C., y Browne, D. (2006). Prevalence of victimization, posttraumatic stress disorder and violent behaviour in the seriously mentally ill. *The Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*, 40, 1010-1015.

McHugo, G. J., Kammerer, N., Jackson, E. W., Markoff, L. S., Gatz, M., Larson, M. J. et al. (2005a). Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study: Evaluation design and study population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 91-107.

McHugo, G., Caspi, Y., Kammerer, N., Mazelis, R., Jackson, E., Russell, L. et al. (2005b). The assessment of trauma history in women with Co-occurring substance abuse and mental Disorders and a history of interpersonal Violence. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 32, 113-127.

- McPherson, M. D. M., Delva, J. M. S. W., y Cranford, J. A. P. (2007). A Longitudinal Investigation of Intimate Partner Violence Among Mothers With Mental Illness. *Psychiatric Services*, 58, 675-680.
- Meseguer, M. L. y Mondejar, J. (2010). Violencia contra la mujer con discapacidad en Castilla-La Mancha. *Cim.economía*, 17, 299-313.
- Miller, L. J. y Finnerty, M. (1996). Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr.Serv.*, 47, 502-506.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo y Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) (2003). *Violencia doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moliner, M. (2007). *Diccionario de uso del español María Moliner* (3ª ed.) Madrid: Gredos.
- Montero, I., Ruiz-Perez, I., Martín-Baena, D., Talavera, M., Agüir, V., y Vives-Cases, C. (2011). Violence Against Women From Different Relationship Contexts and Health Care Utilization in Spain. *Women's Health Issues*, 21, 400-406.
- Morales Larena, M. T. (2008). *Descripción Sociosanitaria de la Violencia de Género del Municipio de Alcalá de Henares. Años 2000-2004*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Alcalá.
- Muenzenmaier, K., Struening, E., Ferber, J., y Meyer, I. (1993). Childhood Abuse and Neglect Among Women Outpatients With Chronic Mental Illness. *Psychiatric Services*, 44, 666-670.
- Müller, U. y Schröttle, M. (2004). Health, Well-Being and Personal Safety of Women in Germany. - A Representative Study of Violence against Women in Germany. Berlín: Federal Ministry for Families, Senior Citizens, Women and Youth. Extraído el

17 de Mayo de 2011 de <http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/conference/SummaryGermanVAWstudy.pdf>

Naciones Unidas (1945). *Carta de las Naciones Unidas*. San Francisco: Naciones Unidas. Extraído el 17 de Mayo de 2011 de <http://www.un.org/es/documents/charter/index.shtml>

Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. París: Naciones Unidas. Extraído el 17 de Mayo de 2011 de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Nueva Cork: Naciones Unidas. Extraído el 17 de Mayo de 2011 de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm>

Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Nueva Cork: Naciones Unidas. Extraído el 21 de Mayo de 2011 de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>

Naciones Unidas (1993a). *Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y programa de acción de Viena*. Viena: Naciones Unidas. Extraído el 19 de Abril de 2011 de [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp)

Naciones Unidas (1993b). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (Rep. No. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993). Nueva York: Naciones Unidas. Extraído el 11 de Mayo de 2011 de [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.res.48.104.sp](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.res.48.104.sp)

Naciones Unidas (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995*. Nueva York: Naciones Unidas. Extraído el 21 de Mayo de 2011 de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Naciones Unidas (1997). *Medidas de Prevención del Delito y de Justicia Penal para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Nueva Cork: Office of the United

Nations High Commissioner for Human Rights. Extraído el 21 de Mayo de 2011 de <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/97046377b77b284f80256881006080db?Opendocument>

Najavits, L. M., Sonn, J., Walsh, M., y Weiss, R. D. (2004). Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. *Addictive Behaviors*, 29, 707-715.

National Advisory Mental Health Council (1993). Health Care Reform for Americans With Severe Mental Illnesses: Report of the National Advisory. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1447-1465.

Neroien, A. I. y Schei, B. (2008). Partner violence and health: Results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 161-168.

Nixon, J. (2009). Domestic violence and women with disabilities: locating the issue on the periphery of social movements. *Disability & Society*, 24, 77-89.

Nosek, M. A., Foley, C. C., Hughes, R. B., y Howland, C. A. (2001). Vulnerabilities for Abuse Among Women with Disabilities. *Sexuality & Disability*, 19, 177-189.

Observatorio contra la violencia doméstica y de género (2011a). *Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección solicitadas en los Juzgados de Violencia sobre la Mujer y sentencias dictadas por los Órganos Juridiccionales en esta materia en el año 2010*. Consejo General de Poder Judicial. Extraído el 3 de Julio de 2011 de http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1303122084_cgpi_2010.pdf

Observatorio contra la violencia doméstica y de género (2011b). *Informe sobre víctimas mortales de la violencia de género y de la violencia doméstica en el ámbito de la pareja o ex pareja en 2010*. Consejo General de Poder Judicial. Extraído el 3 de Julio de 2011 de http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1306844610_victimas_2010.pdf

Observatorio de la Violencia de Género en Bizkaia (2006). *Cifras de violencia contra las mujeres en la Unión Europea*. Observatorio de la Violencia de Género en Bizkaia. Extraído el 4 de Marzo de 2011 de http://bizkaia.net/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/pdf/dokumentuak/Cifras_UE_2006.pdf

Observatorio de Salud de la Mujer (2005). *Catálogo de Instrumentos para Cribado y Frecuencia del Maltrato Físico, Psicológico y Sexual*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad.

ONU Mujeres (2011). *Violencia contra las Mujeres - Datos y Cifras*. ONU Mujeres. Extraído el 29 de Marzo de 2011 de http://www.unifem.org/attachments/gender_issues/violence_against_women/facts_figures_violence_against_women_2007_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (1996). *Resolución WHA 49.25: Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*. OMS.49ª Asamblea Mundial de la Salud. Extraído 15 de Noviembre de 2010 de http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2003). La violencia en la pareja. En Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (pp. 96-131). Washinton, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2004). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (10ª rev.)*. Madrid: Meditor S.L.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión. Modificación clínica. eCIE9MC*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Extraído el 10 de Septiembre de 2010 desde <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/home.htm>

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud-CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Organización Mundial de la Salud-OMS (2001). *Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud-OMS (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Ortega, R., Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., López-Abisab, S., Rueda, D., y García de Vinuesa, L. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria*, 34, 117-127.

Ouimette, P. C., Kimerling, R., Shaw, J., y Moos, R. H. (2000). Physical and Sexual Abuse Among Women and Men with Substance Use Disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18, 7-17.

Owens, K. R. (2007). *Patient-centered provider behaviors and disclosure of intimate partner violence in a psychiatric emergency setting*. Tesis Doctoral no publicada. University of Pittsburgh, School of Nursing. Extraída el 29 de Octubre de 2010 desde <http://etd.library.pitt.edu/ETD/available/etd-12072006-190009/unrestricted/OwensETDFINAL200613107v2.pdf>

Piispa, M., Heiskanen, M., Kääriäinen, J., y Siren, R. (2006). *Violence against women in Finland* (Publication No. 225). Helsinki: National Research Institute of Legal Policy. Extraído 17 de Mayo de 2011 desde

<http://www.optula.om.fi/uploads/k2qozv9y1.pdf>

Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., y Montero-Piñar, M. I. (2008). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 22, 527-533.

Plichta, S. B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences. *Journal of interpersonal violence*, 19, 1296-1323.

Poirier, N. (2000). Psychosocial Characteristics Discriminating Between Battered Women and Other Women Psychiatric Inpatients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 6, 144-151.

Polo, C. (2001). *Maltrato a la mujer en la relación de pareja. Factores relacionados implicados*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Alcalá.

Posner, J., Eilenberg, J., Harkavy Friedman, J., y Fullilove, M. J. (2008). Quality and use of trauma histories obtained from psychiatric outpatients: a ten-year follow-up. *Psychiatric Services*, 59, 318-321.

Post, R. D., Willett, A. B., Franks, R. D., House, R. M., Back, S. M., y Weissberg, M. P. (1980). A preliminary report on the prevalence of domestic violence among psychiatric inpatients. *Am.J.Psychiatry*, 137, 974-975.

Povey, E., Coleman, K., Kaiza, P., Hoare, J., y Jansson, C. (2008). *Homicides, Firearm Offences and Intimate Violence 2006/07*. Londres: Home Office Statistical Bulletin. Extraído el 25 de Enero de 2011 de <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/>

Prosman, G. J., Jansen, S. J. C., Lo Fo Wong, S. H., y Lagro-Janssen, A. L. M. (2011). Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression. *Family practice*, 28, 267-271.

R.A.E. Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. (22 ed.) Madrid: Espasa-Calpe.

Rees, S., Silove, D., Chey, T., Ivancic, L., Steel, Z., Creamer, M. et al. (2011). Lifetime Prevalence of Gender-Based Violence in Women and the Relationship With Mental Disorders and Psychosocial Function. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 306, 513-521.

Richardson, J. O., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W. S., Moorey, S., y Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *Bmj*, 324, 274.

Rodríguez, M. A., Bauer, H. M., McLoughlin, E., y Grumbach, K. (1999). Screening and intervention for intimate partner abuse. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 282, 468-474.

Romito, P., Molzan Turan, J., y De Marchi, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science & Medicine*, 60, 1717-1727.

Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., y Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155.

Ruiz Peña, M., González Peña, M. J., López Álvarez, J. M., Iglesias Hernández, M. I., Barros Rubio, C., González Amaya, S. et al. (2010). Violencia de género en un área de salud. *Semergen*, 36, 202-207.

Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P., y Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18, 4-12.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., I, Vives-Cases, C., Montero-Piñar, M. I., Escribá-Agüir, V. et al. (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria*, 24, 128-135.

- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Álvarez-Kindelán, M., Palomo-Pinto, M., Arnalte-Barrera, M., Bonet-Pla, A. et al. (2006a). Sociodemographic Associations of Physical, Emotional, and Sexual Intimate Partner Violence in Spanish Women. *Annals of Epidemiology*, 16, 357-363.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J. M., Ayuso-Martín, P., y Montero-Piñar, M. I. (2006b). La violencia contra la mujer en la pareja: Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20, 202-208.
- Saliou, V., Fichelle, A., McLoughlin, M., Thauvin, I., y Lejoyeux, M. (2005). Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service. *General Hospital Psychiatry*, 27, 263-268.
- Salvador Sánchez, L., Rivas Vilas, M., y Sánchez Ramón, S. (2008). Violencia y maltrato de género (y III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 20, 343-352.
- Sanmartín, J., Iborra, I., García, Y., y Martínez, P. (2010). *III Informe Internacional: violencia contra la mujer en las relaciones de pareja: estadísticas y legislación*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Sansone, R. A., Chu, J., y Wiederman, M. W. (2007). Suicide attempts and domestic violence among women psychiatric inpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11, 163-166.
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., y Jung, Y. S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1602-1608.
- Shack, A. V., Averill, P. M., Kopecky, C., Krajewski, K., y Gummattira, P. (2004). Prior History of Physical and Sexual Abuse Among the Psychiatric Inpatient Population: A Comparison of Males and Females. *Psychiatric Quarterly*, 75, 343-359.

- Silver, E. (2002). Mental disorder and violent victimization: the mediating role of involvement in conflicted social relationships. *Criminology*, 40, 191-212.
- Silver, E., Arseneault, L., Langley, J., Caspi, A., y Moffitt, T. E. (2005). Mental disorder and violent victimization in a total birth cohort. *Am.J.Public Health*, 95, 2015-2021.
- Silver, E., Piquero, A. R., Jennings, W. G., Piquero, N. L., y Leiber, M. (2011). Assessing the violent offending and violent victimization overlap among discharged psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 35, 49-59.
- Silver, E., Mulvey, E. P., y Monahan, J. (1999). Assessing Violence Risk Among Discharged Psychiatric Patients: Toward an Ecological Approach. *Law and Human Behavior*, 23, 237-255.
- Slade, M., Powell, R., y Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 177-184.
- Smith, D. (2008). Disability, Gender and Intimate Partner Violence: Relationships from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Sexuality & Disability*, 26, 15-28.
- Stein, M. B. y Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66, 133-138.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.
- Sturup, J. (2011). *Violent behavior and violent victimization among general psychiatric patients: prevalence and prediction*. Tesis Doctoral publicada. StockhInst: Karolinska Institutet. Dept of Clinical Neuroscience, Stockholm, Sweden. Extraído el 7 de Julio de 2011 de <http://publications.ki.se/jspui/handle/10616/40511>
- Szeli, E. y Pallaska, D. (2004). Violence against women with mental disabilities: the invisible victims in CEE/NIS countries. *Feminist Review*, 76, 117-119.

Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., y Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 911-921.

Tham, S. W. (1995). A survey of domestic violence and other forms of abuse. *Journal of mental health*, 4, 317-322.

Unión Europea (1997). *Resolución sobre una campaña europea sobre tolerancia cero ante la violencia contra las mujeres*. Diario Oficial de las Comunidades Europeas C/304. Extraído el 28 de Septiembre de 2010 de <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX: 51997IP0250:ES:HTML>

Unión Europea (2000). *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*. Diario Oficial de las Comunidades Europeas C/346. Extraído el 28 de Septiembre de 2010 de http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf

Unión Europea (2006). *Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres (2006-2010)*. Comisión Europea. Extraído el 30 de Septiembre de 2010 de http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/c10404_es.htm

Unión Europea (2008). *Directrices de la UE sobre la violencia contra las mujeres y la lucha contra todas las formas de discriminación contra ellas*. Consejo de Asuntos Generales, Unión Europea. Extraído el 28 de Septiembre de 2010 de <http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cmsUpload/16173.es08.pdf>

Unión Europea (2010a). *Carta de la Mujer*. Comisión Europea. Extraído el 28 de Septiembre de 2010 de http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/em0033_es.htm

Unión Europea (2010b). *Estrategia para la igualdad entre mujeres y hombres 2010-2015*. Comisión Europea. Extraído el 30 de Septiembre de 2010 de http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/em0037_es.htm

United Nations - Committee on the Elimination of Discrimination against Women (2011). *Responses to the list of issues and questions with regard to the consideration of the sixth periodic report*. Ginebra: United Nations Human Right. Extraído el 4 de Octubre de 2010 de <http://tb.ohchr.org/default.aspx?country=bf>

United States Congress (1973). *Rehabilitation Act of 1973*. Washington DC: United States Congress. Extraído el 23 de Marzo de 2011 de <http://www.dotcr.ost.dot.gov/documents/ycr/REHABACT.HTM>

Universidad Complutense y Consejería de Familia y Asuntos Sociales (2010). *Informe de evaluación correspondiente al año 2009. Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave*. Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales, Universidad Complutense.

Vahip, I. y Doganavsargil, O. (2006). Domestic Violence and Female Patients. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 17, 107-114.

Vest, J. R., Catlin, T. K., Chen, J. J., y Brownson, R. C. (2002). Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 156-164.

Vives, C., Gil, D., Carrasco, M., y Álvarez-Dardet, C. (2005). Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario: ¿Una intervención basada en la evidencia?. *Medicina clínica*, 126, 101-104.

Vives-Cases, C., Gil-González, D., Ruiz-Pérez, I., Escribá-Agüir, V., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, M. I. et al. (2010). Identifying sociodemographic differences in Intimate Partner Violence among immigrant and native women in Spain: A cross-sectional study. *Preventive Medicine*, 51, 85-87.

Walsh, M., Moran, P., Scott, P., McKenzie, C., Burns, T., Creed, F. et al. (2003). Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 233-238.

Waltermaurer, E. (2005). Measuring Intimate Partner Violence (IPV). *Journal of interpersonal violence*, 20, 501-506.

Watts, C. y Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet*, 359, 1232-1237.

Wehring, H. J. y Carpenter, W. T. (2011). Violence and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 877-878.

Weingourt, R. (1990). Wife rape in a sample of psychiatric patients. *Image J.Nurs.Sch*, 22, 144-147.

Weinhardt, L. S., Bickham, N. L., y Carey, M. P. (1999). Sexual coercion among women living with a severe and persistent mental illness: Review of the literature and recommendations for mental health providers. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 307-317.

White, M. C., Chafetz, L., Collins-Bride, G., y Nickens, J. (2006). History of arrest, incarceration and victimization in community-based severely mentally ill. *J.Community Health*, 31, 123-135.

WHO Global Consultation on Violence and Health (1996). *Violence: a public health priority*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (Documento WHO/EHA/SPI.POA.2). Extraído el 19 de octubre de 2010 de http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/

Wing, J. K. y Morris, B. (1981). *Handbook of psychiatric rehabilitation practice*. Oxford: Oxford University Press.

Yellowlees, P. M. y Kaushik, A. V. (1994). An Examination of the Associations Between Life Problems and Psychiatric Disorders in a Rural Patient Population. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 28, 50-57.

Yoshihama, M. y Horrocks, J. (2010). Risk of intimate partner violence: Role of childhood sexual abuse and sexual initiation in women in Japan. *Children and Youth Services Review*, 32, 28-37.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Haynes, M. C., y Gunderson, J. G. (1999). Violence in the Lives of Adult Borderline Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 65-71.

Zinzow, H., Resnick, H., McCauley, J., Amstadter, A., Ruggiero, K., y Kilpatrick, D. (2011). Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women [versión electrónica]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-10. Doi: 10.1007/s00127-011-0397-1

Zorrilla, B., Morant, C., Polo, C., Pires, M., García, S., Lasheras, M. L. et al. (2005). Validación de un cuestionario para la detección de la violencia de pareja hacia las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 19(Supl 1), 53.

8 ANEXO

Instrumentos encuesta violencia

Datos sociodemográficos y clínicos

1. Municipio de residencia	
Coslada	
San Fernando	
Velilla	
Mejorada	
Alcalá de Henares	
Meco	
Madrid (municipio)	
Otro municipio	
2. País de origen	
España	
América	
Europa	
Resto	
Desconocido	
3. Fecha primer contacto con el Centro: (Hª Clínica)	
4. Edad:	
5. Estado civil	
Solteros	
Pareja de hecho	
Casados	
Separados o divorciados	
Viudos	
No se conoce	
6. Nivel educativo	
Analfabeto	
Sin estudio (lee y escribe)	
Educación especial	
Enseñanza primaria. E.G.B. (1ª etapa): 6º de EGB	
Bachiller elemental, E.G.B. (2ª etapa), 8º de EGB, ESO.	
Bachiller superior, BUP, COU, Bachillerato	
F.P. 1º grado.	
FP 2º, 3º, CICLO GRADO SUPERIOR	
Título de graduado medio universitario	
Título de graduado superior universitario	
Otros	
Se desconoce	

8. Tipo de convivencia		
Solo	sí	
Pareja	sí	
Padre	sí	
Madre	sí	
Hijos	sí	
Hermanos	sí	
Otros familiares	sí	
Miniresidencia, piso protegido o pensión (supervisada).	sí	
Otros (especificar):.....	sí	
No se conoce		
9. Años de la convivencia (de la pregunta 8):		
10. Hijos		
Sí		
No		
No se conoce		
11. Nº de hijos		
12. Ingresos económicos propios		
Sí		
No		
No se conoce/No contesta		
13. Nivel de ingresos		
Menos de 300 euros		
De 301 euros a 600 euros		
De 601 euros a 900 euros		
Más de 901 euros		
No se conoce/No quiere contestar		
14. Procedencia de los ingresos		
Pensión no contributiva		
Pensión contributiva		
RMI		
Trabajo		
Orfandad		
Hijo a cargo		
Otros		
No se conoce/ No quiere contestar		
15. Profesión		
Sin profesión		
Trabajadores no cualificados		

Trabajadores cualificados	
Estudiantes	
Amas de casa	
Ocupaciones marginales	
Otros	
No se conoce	
16. Situación laboral	
Trabajando (incluye actividad marginal e ILT)	
Buscando su primer empleo (no es necesario estar inscrito en la ORE)	
Parado (no es necesario estar inscrito en la ORE)	
Estudiante	
Jubilado, pensionista (no incluir los que perciben PNC)	
Labores del hogar	
Otros	
No activo	
No se conoce	
17. Declaración de discapacidad	
Sí	
No	
En tramite	
No se conoce	
18. Diagnóstico principal (Hª Clínica)	
Esquizofrenia	
Otros trastornos psicóticos	
Trastornos de personalidad	
Trastorno bipolar	
Otros (especificar código CIE 9):.....	
No disponible	
19. N° ingresos psiquiátricos en el último año	
20. Estable en los últimos 6 meses (Preguntar a profesional de referencia)	
Sí	
No	
No se conoce	
21. Meses de evolución desde el primer contacto con salud mental	

22. Edad al inicio de la enfermedad	
23. N° de ingresos psiquiátricos	

MÓDULO DE VIOLENCIA DE PAREJA

A. ¿Se considera una mujer maltratada?: _____

BLOQUE A: P.25. ABUSO/VIOLENCIA PSICOLOGICA

P.1 Le ha impedido hablar o ver a sus amigos o familiares (LEER)

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
Rara vez	2	2
Algunas veces	3	3
Muchas veces	4	4
Constantemente/Siempre/sistemáticamente	5	5

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

P.2 Le impide hablar con otros hombres (es celoso)

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
Rara vez	2	2
Algunas veces	3	3
Muchas veces	4	4
Constantemente/Siempre/sistemáticamente	5	5

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

P.3. Ha criticado o desvalorizado lo que usted hace

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
Rara vez	2	2
Algunas veces	3	3
Muchas veces	4	4
Constantemente/Siempre/sistemáticamente	5	5

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

P.4. Ha hecho comentarios desagradables sobre su apariencia física

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
Rara vez	2	2
Algunas veces	3	3
Muchas veces	4	4
Constantemente/Siempre/sistemáticamente	5	5

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

P5. Le ha impuesto un modo de vestirse, peinarse o comportarse en público

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
Rara vez	2	2
Algunas veces	3	3
Muchas veces	4	4
Constantemente/Siempre/sistemáticamente	5	5

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

P6. No ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
Rara vez	2	2
Algunas veces	3	3
Muchas veces	4	4
Constantemente/Siempre/sistemáticamente	5	5

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

P7. Le dice lo que usted debe pensar

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
Rara vez	2	2
Algunas veces	3	3
Muchas veces	4	4
Constantemente/Siempre/sistemáticamente	5	5

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

P8. Le ha exigido saber con quién y dónde ha estado usted

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
Rara vez	2	2
Algunas veces	3	3
Muchas veces	4	4
Constantemente/Siempre/sistemáticamente	5	5

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

P9. Ha dejado de hablarle o se ha negado totalmente a discutir

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
Rara vez	2	2
Algunas veces	3	3
Muchas veces	4	4
Constantemente/Siempre/sistemáticamente	5	5

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

P10. ¿Le ha impedido tener acceso al dinero para las necesidades de la vida cotidiana?

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
Rara vez	2	2
Algunas veces	3	3
Muchas veces	4	4
Constantemente/Siempre/sistemáticamente	5	5

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

*(Sólo para las que han dicho tener hijos)***P11. ¿La ha amenazado con quitarle o llevarse a sus hijos?**

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
Rara vez	2	2
Algunas veces	3	3
Muchas veces	4	4
Constantemente/Siempre/sistemáticamente	5	5

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

P12. La ha amenazado con suicidarse (cuantitativa, se expresa en nº de veces)

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

P13. ¿La ha amenazado con hacer daño a usted o a sus familiares? (cuantitativa, se expresa en nº de veces)

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

P14. ¿La ha insultado u ofendido?

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
Rara vez	2	2
Algunas veces	3	3
Muchas veces	4	4
Constantemente/Siempre/sistemáticamente	5	5

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

P15.- ¿La ha echado de casa o le ha impedido entrar en ella?

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

¿Quién ha sido? (marcar con x)	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

BLOQUE B: P.26. ABUSO/VIOLENCIA SEXUAL**P16. ¿Ha utilizado la fuerza para tener relaciones sexuales con usted?**

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

P17. ¿Le ha impuesto actos sexuales que usted rechazaba?

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

¿QUIÉN O QUIÉNES ABUSARON SEXUALMENTE DE USTED? (marcar con x)

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

¿Ha sufrido usted abuso sexual en la infancia?. ¿Por parte de quién?

Padre	Sí	No
Madre	Sí	No
Hermanos	Sí	No
Otros familiares	Sí	No
Otras personas:	Sí	No
.....		
.....		

BLOQUE C: ABUSO/VIOLENCIA FISICA**P18. ¿Le tiró algo (algún objeto)?**

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

P19. ¿Le empujó, agarró o la tiró?

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

P20. ¿Le dio una bofetada?

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

P21. ¿Le dio patadas, la mordió o le dio un puñetazo?

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

P22. ¿Le pegó o trató de pegarle con alguna cosa?

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

P23. ¿Le dio una paliza?

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

P24. ¿La agarró del cuello?

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

P25. ¿Le amenazó con un cuchillo o pistola?

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

P26. ¿Usó un cuchillo o una pistola?

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Nunca	1	1
1 vez	2	2
2-3 veces	3	3
4-10 veces	4	4
Mas de 10 veces	5	5
Prácticamente todos los días/siempre	6	6

¿QUIÉN O QUIÉNES LA MALTRATARON FÍSICAMENTE? (marcar con x)

	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
Pareja		
Ex pareja		

¿Ha sufrido usted abuso físico en la infancia?. ¿Por parte de quién?

Padre	Sí	No
Madre	Sí	No
Hermanos	Sí	No
Otros familiares	Sí	No
Otras personas:	Sí	No
.....		
.....		

B. ¿Se considera una mujer maltratada?: _____

Preguntar solo en caso de que la mujer haya sido maltratada (preguntas c,d,f y g). Si no ha sido maltratada pasar a cuestionario de apoyo.

C. (En caso de sufrir malos tratos): ¿Alguna vez informó a alguien de esta situación, acudió a algún centro, buscó ayuda, puso una denuncia? ¿A quién informó o a dónde acudió?

D. (En caso de sufrir malos tratos): ¿Cuántos años llevaban de relación de pareja cuando se iniciaron los malos tratos?:

E. (En caso de sufrir malos tratos por parte de su pareja): Cuando usted sufrió la primera agresión por parte de su pareja ¿estaba ya en tratamiento en salud mental?

F. (En caso de sufrir malos tratos): ¿Las agresiones coinciden con descompensaciones o crisis de su enfermedad?

CUESTIONARIO DUKE-UNC

Instrucciones para el paciente: <i>En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:</i>	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

ÚLTIMA PREGUNTA A LA PACIENTE: ¿Con qué persona/profesional de este centro de salud mental tiene usted más confianza o se encuentra más a gusto?: _____

(Profesional a encuestar)

¡Muchas gracias por su participación!

FECHA APLICACIÓN: ____/____/____**FIABILIDAD DE LAS RESPUESTAS:**

Hay sospecha de sesgo en:

- Todas las respuestas:
- En la respuesta a las preguntas del bloque (*marque una x en el bloque o bloques no fiables*)
 - A - Violencia psicológica: ☐
 - B- Violencia sexual: ☐
 - C- Violencia física: ☐

CRITERIOS DE CASO**SI****NO**Caso de abuso/violencia **psicológica** (p1 a p15): Uno de los siguientes:

- 3 o más respuestas a partir de algunas veces*(o a partir de 4 y mas veces en las cuantitativas) **ó**
- 1 o más respuestas a partir de muchas veces o sistemáticamente (o a partir de 10 y mas veces en las cuantitativas)

Caso de abuso/violencia **sexual** (p16-p17):

1 o más respuestas a partir de 1 vez (cualquier respuesta distinta a nunca)

Caso de abuso/violencia **física** (CTS-1:p18-p25):

1 o más respuesta a partir de 1 vez (cualquier respuesta distinta a nunca).

Caso abuso/violencia de pareja (psicológica y/o física y/o sexual): 1 y/o 2 y/o 3**OBSERVACIONES:**

ENTREVISTADOR

Escala de Evaluación del Funcionamiento Global

PUNTUACIÓN EEFG: _____

Hay que considerar el funcionamiento psicológico, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad. No hay que incluir deterioros del funcionamiento debidos a limitaciones físicas (o ambientales). (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.).

- 91-100** - Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
- 81-90** - Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 71-80** - Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 61-70** - Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 51-60** - Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
- 41-50** - Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 31-40** - Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 21-30** - La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 11-20** - Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 1-10** - Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
- 0** - Información inadecuada.

MÓDULO DE VIOLENCIA DE PAREJA

A contestar por el/la profesional:

Señalar lo que proceda: Psiquiatra/psicólogo (); Equipo de continuidad de cuidados (); Otro (especificar): _____

- "¿Piensa usted que la paciente ha sufrido abuso físico en el último año? ¿Y a lo largo de la vida? ¿Por quién?"

		A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
		¿Quién o quiénes?:	¿Quién o quiénes?:
Sí	
	
	
	
	
No			

- "¿Piensa usted que la paciente ha sufrido abuso sexual en el último año? ¿Y a lo largo de la vida? ¿Por quién?"

		A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
		¿Quién o quiénes?:	¿Quién o quiénes?:
Sí	
	
	
	
	
No			

- "¿Piensa usted que la paciente ha sufrido abuso psicológico en el último año? ¿Y a lo largo de la vida? ¿Por quién?"

		A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
		¿Quién o quiénes?:	¿Quién o quiénes?:
Sí	
	
	
	
	
No			

PROFESIONAL